Nr. 40. 5. października 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. dr. Józef SZYMANOWICZ. Kraków.

Przyczynek do „rozluźnienia i pękania kobiecej miednicy kostnej podczas ciąży, porodu i połogu".

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. dr. A. Rosner.

Zmiany, występujące w układzie kostnym, zwłaszcza w miednicy u kobiety ciężarnej, zwróciły na siebie uwagę już dawniejszych badaczy, którzy w ten lub ów sposób, więcej lub mniej zbliżony do prawdy, starali się je wytłumaczyć. Zauważono równocześnie, że zmiany te uwydatniają się najsilniej w połączeniu kości łonowych i krzyżowych w postaci rozluźnienia w miejscu spojenia łonowego, jak również kości krzyżowych i biodrowych i występują raz z mniejszem to znowu większem nasileniem u każdej ciężarnej, zwłaszcza w ostatnich miesiącach ciąży.

Stan ten spotykał się wprawdzie z niedowierzaniem u pewnej grupy lekarzy, lecz dowody anatomiczne i kliniczne poważnych badaczy wątpliwości te usunęły i dzisiaj stoimy wszyscy na stanowisku, że do normalnego porodu donoszonego dziecka konieczną jest rzeczą przygotowanie i systemu kostnego miednicy, w postaci mniejszego lub większego rozpulchnienia i rozluźnienia jej połączeń.

I dopóki zmiany te pozostają w granicach fizjologicznych i nie dają żadnych objawów czynnościowych, wystarczy o nich wiedzieć; jeżeli jednak przesuną się poza granicę normalną i wystąpią w postaci dolegliwości, trzeba umieć je rozpoznać, leczyć i zapobiec nieraz bardzo ciężkim powikłaniom już w czasie samej ciąży, a częściej podczas porodu i połogu. Przyznać jednak trzeba, że chociaż dolegliwości związane z daleko posuniętem rozluźnieniem kości miednicy w czasie ciąży występują dość często i są niejednokrotnie bardzo wybitne, to jednak bywają bardzo rzadko rozpoznawane. Objawy z niemi związane utożsamia się z innemi sprawami bolesnemi, mogącemi mieć swe źródło w miednicy i łączy się je i miesza z objawami grożącego poronienia, względnie przedwczesnego porodu, z nerwobólami, dolegliwościami narządu moczowego i przewodu pokarmowego, a najczęściej uważa się je za t. zw. poronne zmiękknienie kości. W czasie porodu zapomina się o możliwości rozejścia się stawów, zwłaszcza przy kleszczowych, forsownie wykonywanych porodach, a skargi położnic na dolegliwości, usadowione w miednicy małej, a często i górnej części ud, tłumaczy się sprawami, nie mającemi nic wspólnego z właściwem cierpieniem. Bardzo często n. p. bóle rozpromieniujące się ku udom, uważane bywają za początek zakrzepów żylnych.

Naturalną jest rzeczą, że i leczenie, trwające nieraz całemi miesiącami, pozostaje bez skutku, aż dopiero późniejszy połóg kładzie kres cierpieniu. W połogu bowiem kończy się zwykle sprawa ta, *»par excellence«* ciążowa, nie pozostawiając po sobie najmniejszych śladów, a tylko wyjątkowo już przy spontanicznym porodzie, lub przy nadmiernych ruchach położnicy, a częściej jeszcze przy porodzie operacyjnym drogami naturalnemi, następuje nagłe rozejście się połączeń kości miednicy.

Kilkanaście przypadków daleko posuniętego rozluźnienia kości łonowych, powikłanych trzykrotnie i pęknięciem, spostrzeganych na klinice położniczo-ginekologicznej U. J., skłoniło mnie do zajęcia się i zwrócenia uwagi na tę nieco zaniedbaną sprawę.

Aby uzyskać jaknajwiększy materjał, zbadałem wszystkie stałe ciężarne kliniki i przychodnie, które w ciągu trzech kwartałów zgłosiły się o poradę. Liczba w ten sposób osiągniętych obserwacji jest dość znaczna, pozwalająca już wyciągać pewne wnioski. Z badania tego okazało się, że 85% wszystkich ciężarnych w drugiej połowie ciąży (badanych 206, w tem 45 pierwiastek) jest dotkniętych do pewnego stopnia ruchomością kości łonowych, mimo, że ze swego stanu zupełnie nie zdają sobie sprawy. W 2,42% (same wieloródki) były zmiany bardzo daleko posunięte, objawiające się i podmiotowemi dolegliwościami. U ciężarnych tych (5 na ogólną liczbę zbadanych) ruchomość kości łonowych była tak znaczna, że przy czynnych i biernych ruchach kończyn odczuwały te ciężarne natychmiast dolegliwe bóle w pachwinach i spojeniu łonowem rozpromieniające się częstokroć ku okolicy krzyżowo-biodrowej i udom. Kobiety te, jakkolwiek ociężale i niejednokrotnie przy pomocy obcej, mogły jednak chodzić i stan ten u wszystkich pogarszał się w miarę postępu ciąży, a utrzymywał się przez kilka tygodni połogowych.

Nie zawsze jednak cierpienie ogranicza się do rozmiarów opisanych; znane są w piśmiennictwie przypadki, a i my zdołaliśmy kilka podobnych zanotować, gdzie sprawa posunęła się tak daleko, że miednica przestała być podporą dla tułowia, chore nie mogły chodzić, a leżenie sprawiało dotkliwe bóle. I te przypadki wyleczyły się po porodzie, po dłuższym wprawdzie czasie, bo dopiero po kilku miesiącach, nie pozostawiając po cierpieniu najmniejszego nawet śladu — chyba tylko usposobienie dla silniejszego i łatwiejszego wystąpienia w czasie następnej ciąży. One to zwłaszcza dawały powód do mylnego rozpoznawania w kierunku zmiękknienia kości i schorzeń gośćcowych.

Nie chcę rozwodzić się nad historjami chorób ciężarnych, dotkniętych daleko posuniętym rozstępem kości miednicy i przedstawiać każdej z osobna, a ograniczę się tylko do opisania jednej, łączącej w sobie wszystkie charakterystyczne cechy tego cierpienia.

Kobieta 27-letnia, dziedzicznie nie obciążona, od 4 lat zamężna, trzeci raz w ciąży. Krzywicy ani innych chorób konstytucjonalnych nie przechodziła, a z chorób ostrych przebyła zapalenie płuc krupowe i zapalenie stawu kolanowego. W pierwszym roku życia zaczęła chodzić, a od 14 miesiączkuje regularnie co 4 tygodnie, dość obficie. Cechy konstytucjonalne prawidłowe.

Poprzednie dwa porody — w rocznym odstępie — kleszczowe; dzieci duże, 4000 gr. Karmiła sama przez 9 miesięcy. Podczas pierwszej ciąży nie miała żadnych dolegliwości, połóg prawidłowy, pod koniec drugiej ciąży uczuwała pewnego rodzaju ciążenie w okolicy spojenia łonowego z nieznacznem utrudnieniem chodzenia, a w połogu — przy najmniejszym ruchu — dokuczały jej bóle w stawach krzyżowo-biodrowych.

Trzy miesiące po drugim porodzie zastąpiła, początkowo czuła się dobrze, jednak w połowie ciąży powstały bóle w spojeniu łonowem, w pachwinach, okolicy krzyżowo-biodrowej, a chód, coraz bardziej utrudniony i bolesny, stał się wreszcie niemożliwy tak, że ostatnie miesiące ciąży przeleżała w łóżku.

Badanie przedmiotowe wykazuje kobietę dobrze rozwiniętą, prawidłowo zbudowaną, nadmiernie otyłą w 9 miesiącu ks.; narządy wewnętrzne prawidłowe, z wyjątkiem wątroby twardej, powiększonej, 3 palce pod łukiem żebrowym. Ciśnienie krwi prawidłowe, w moczu ślad białka bez składników nerkowych. Bardzo obfita ilość wód płodowych przy dużym płodzie i tłustych powłokach daje obwód brzucha 138 cm, miednica obszerna. Spojenie łonowe rozluźnione bardzo wybitnie tak, że kości łonowe poruszają się względem siebie jak klawisze; w stawach krzyżowo-biodrowych, zwłaszcza lewym, wyczuwa się przy ruchu chrzęszczenie. Chód utrudniony, możliwy tylko przy podpieraniu się o otaczające przedmioty, względnie o dwu laskach, kołyszący, podobny do kaczkowatego, w ostatnich dniach zupełnie niemożliwy; leżenie w łóżku dokuczliwe, czasem nawet bolesne.

Poród dziecka przenoszonego, dużego, 5.100 gr, operacyjny. (Obrót na nóżkę z powodu wypadnięcia rączki i pępowiny). Podczas porodu przytrzymywano z obu stron miednicę ściągniętą przylepcami; żadnego uszkodzenia nie dostrzeżono, połóg prawidłowy. Bóle i ruchomość w stawach miednicy utrzymały się przez 4 tygodnie, poczem *restitutio ad integrum*.

W tem miejscu muszę zaznaczyć, że, według naszej obserwacji, wszystkie kobiety z rozluźnieniem stawów miednicy znacznego stopnia rodzą dzieci bardzo duże, przenoszone, prawdopodobnie w następstwie leżenia w ostatnich tygodniach ciąży.

Przyczyn, mających usposabiać do tego stanu poza granice — że tak powiem, fizjologiczne, podawano cały szereg; tutaj wspomnę tylko o kilku, nadających się do dyskusji: slabsza konstytucja, krzywica przebyta w dzieciństwie, młody wiek ciężarnej, po przebytych już poprzednio kilku ciążach, a wreszcie nadmierne rozciągnięcie macicy przy bardzo dużych płodach lub wielkiej ilości wód płodowych. Podobno także zawodowa praca ciężarnej, jak twierdzi Cantin, nie pozostaje bez wpływu na rozwój tego cierpienia: i tak kobiety, zmuszone dłuższy czas utrzymywać się w pozycji stojącej, dużo chodzące, zwłaszcza po schodach, częściej ulegają temu cierpieniu, niż inne.

Ostatniemi czasy szkoła francuska (Bar) stara się stan ten połączyć w związek przyczynowy ze zmięknieniem kości i krzywicą; zdaje się jednak, że przypuszczenie to nie jest słuszne, już choćby z powodu stosunkowo szybkiego i łatwego leczenia się tej sprawy w czasie połogu.

Obserwacje moich przypadków pozwalają poprzeć niektóre przypuszczenia co do możliwych przyczyn patologicznego rozwoju tego stanu; zwłaszcza nadmierne rozciągnięcie macicy i duże jej rozmiary w stosunku do długości ciąży mogłoby być brane na uwagę. We wszystkich bowiem zapiskach, odnoszących się do tych chorych, znajdujemy nieprawidłowo duże obwody brzucha, spowodowane jużto wielkością nadmierną płodów, jużto bardzo obfitą ilością wód, lub jednem i drugiem. Także czynnik etjologiczny, podnoszony przez Cantin'a, wybija się u kilku ciężarnych, w poprzednich ciążach zupełnie zdrowych, odkąd czyto praca zawodowa, czy też zmiana mieszkania zmuszały je do nużącego wstępowania na wysokie piętra.

Co do przyczyny zaś powstawania fizjologicznego rozluźnienia kości miednicy, to zdaje się najbliższe prawdy będzie przypuszczenie, że tak, jak wszystkie tkanki narządów rodnych wśród ciąży, taksamo i tkanka łącząca kości kanału rodnego ulega mniejszeniu lub większemu rozpulchnieniu, niejako przygotowawczemu dla samego aktu porodowego. Czy to rozpulchnienie tkanek, a w następstwie jego powstałe rozluźnienie kości jest zależne od funkcji gruczołów dokrewnych, czy od rozwoju samego jaja płodowego, trudno na razie rozstrzygać. Pewne zaburzenia w czynności tych gruczołów, lub fizjologicznym rozwoju jaja mogłyby wywoływać bolesne i nadmierne rozluźnienie w stawach miednicy.

Rzuconą w ostatnich czasach przez prof. Rosnera myśl, że w sprawie tej odgrywać musi pewną rolę i atawizm, starałem się przestudjować na zwierzętach żywych i ich kośćcu, poczynając od najniższych, a kończąc na małpach. Dzisiaj mogę tylko stwierdzić, że rzecz ta dałaby się tylko wykazać na dużym materjale żywych zwierząt ciężarnych.

Przyjęte w piśmiennictwie zapatrywanie, że cierpieniem tem bywają nagabywane przeważnie wieloródki, potwierdza się i w mojej statystyce; niemożna jednak wykazać żadnego ściślejszego związku między ilością odbytych ciąży, a rozmiarami bolesnego rozluźnienia spojenia łonowego. Stwierdzić się tu daje jasno, że bardzo młode wieloródki cierpią na bolesne rozluźnienie stawów miednicy daleko częściej, niż inne ciężarne. I tak na 18 ciężarnych klinicznych, z daleko posuniętem rozluźnieniem spojenia łonowego, 14 było wieloródkami poniżej lat 30 (1 raz szósta ciąża), 2 wieloródki powyżej lat 30 i dwie młode pierwiastki.

To i poprzednie zestawienie statystyczne wskazuje, że rozluźnienie stawów miednicy podczas ciąży jest zjawiskiem prawie stałem, niemal fizjologicznem, wyjątkowo przekraczającem swoje granice i wchodzącem w dziedzinę patologji, jako rozluźnienie bolesne, daleko posunięte.

Objawy bolesnego, daleko posuniętego rozluźnienia kości miednicy są niewątpliwie znane wszystkim, lecz na podstawie własnych obserwowanych przypadków klinicznych pozwolę je sobie przypomnieć pokrótce i podnieść najbardziej charakterystyczne cechy, pozwalające rozpoznać cierpienie podczas ciąży i zabezpieczyć chore przed niebezpiecznemi następstwami.

Na pierwszem miejscu trzeba postawić bóle, jakie temu cierpieniu towarzyszą, bo one zwiastują rozpoczęcie się choroby i skłaniają kobietę do szukania porady u lekarza. Bóle zjawiają się powoli w drugiej połowie ciąży i mają dość typową siedzibę. Przedewszystkiem pachwiny, spojenie łonowe i okolica stawów krzyżowo-biodrowych stają się miejscem uporczywych, na wszystkie strony rozpromieniających się bólów; dość charakterystyczna jest bolesność mięśni przywodzących *(adductores)* ud, zjawiająca się przeważnie przy ucisku. Najboleśniejsze są jednak same połączenia kostne, zwłaszcza w tych przypadkach, w których obok rozluźnienia daje się wyczuć pewien rodzaj obrzęku, czy nacieku. W spoczynku czują się zwykle kobiety nieźle, natomiast przy ruchu, a bez wyjątku prawie podczas chodzenia bóle potęgują się i stają się tak uporczywe, że chore rezygnują z ruchu i całemi godzinami spoczywają, leżąc. Charpentier twierdzi, że ból w okolicy stawów krzyżowo-biodrowych jest dotkliwszy i wcześniej występuje, niż w spojeniu łonowem. Bonnaire natomiast jest przeciwnego zdania. Z moich spostrzeżeń wynika, że daleko częstszym i wcześniejszym jest ból w stawie łonowym i pachwinach, jakkolwiek dokuczliwszym i szybciej uniemożliwiającym ruchy jest ból w stawach krzyżowo-biodrowych.

Zaburzenia chodu i niemożność wykonywania ruchów w stawach występuje prawie równocześnie z bólami; chore jednak starają się je przemóc i poruszać się prawidłowo. Przychodzi jednak chwila, kiedy już nietylko chód, ale i zwykłe zginanie ud w stawach biodrowych, n. p. przy siadaniu, jest uciążliwe i bolesne. Chód odbywa się bardzo niedołężnie i powoli. Ciężarne takie pociągają nogami, nie podnosząc ich do góry, nie odwodzą *(abductio)* ud, a dla ustalenia miednicy podpierają się obu rękami w okolicy stawów krzyżowo-biodrowych lub kulszowych, szukając oparcia o przedmioty otaczające, a w razie ich braku posługują się dwiema krótkiemi laskami, przechylając się ku przodowi, przez co upodabniają się do czworonogów i mają uczucie, jak gdyby cały tułów wpadał między nogi (Commandeur). Brak pewności w podparciu tułowia i chód sprawiają wrażenie zupełnie podobne, jak przy obustronnem, wrodzonem zwichnięciu stawów biodrowych. To męczące poruszanie się z miejsca na miejsce zmusza kobiety do siedzenia, a wreszcie — w ostatnich zwłaszcza tygodniach ciąży — przenoszą one spokojne leżenie w łóżku nad inną pozycję.

Przedstawione wyżej objawy mogą tylko wzbudzać podejrzenie w kierunku nadmiernego, bolesnego rozluźnienia kości miednicy, utrwala zaś nasze rozpoznanie dopiero wynik przedmiotowego badania chorej. Badanie to należy wykonać jak najdokładniej. Już zewnętrznie, przez rozciąganie i zgniatanie łuku miednicowego, lub przez położenie dłoni na spojeniu łonowem leżącej kobiety i poruszaniu naprzemian to jedną, to drugą nogą, udaje się stwierdzić ruchomość kości łonowych względem siebie, wtedy zwłaszcza, jeżeli rozluźnienie jest bardzo wybitne. W przeciwnym razie drugi sposób, podany przez Budin'a, pozwala zawsze przypuszczenie w kierunku cierpienia utrwalić: do pochwy kobiety stojącej wprowadza się palec wskazujący i średni w ten sposób, aby ich opuszki dotykały wewnętrznej ściany spojenia łonowego; przy równoczesnem przestępowaniu chorej z jednej nogi na drugą wyczuwa się przesuwanie się jednej kości względem drugiej.

Rozpoznanie ruchomości stawów krzyżowo-biodrowych przedstawia się znacznie trudniej, nie znamy bowiem pewnego objawu rozpoznawczego; jedynie tylko wybitna bolesność wzdłuż tychże spojeń, jakoteż ich badanie przez pochwę

przy pewnej, już poprzednio stwierdzonej ruchomości spojenia łonowego może rozpoznanie ułatwić.

Bolesne, nadmierne rozluźnienie stawów miednicy w ciąży jest cierpieniem prawie stale postępującem aż do porodu i na nim zwykle się kończy. Powrót do stanu prawidłowego przy fizjologicznych rozluźnieniach schodzi się normalnie z zakończeniem zwijania się macicy, a tylko w przypadkach dalej posuniętych ruchomość i bóle pozostawać mogą przez dłuższy czas, nawet i miesiące, a są znane wyjątkowe przypadki, w których powrót do pierwotnego stanu nie przychodził nigdy.

Powtarzanie się cierpienia w następnych ciążach spotyka się niejednokrotnie, lecz niezbyt często: 5% ciężarnych z naszej obserwacji przebywało sprawę tę dwukrotnie. Nawroty były stale boleśniejsze, a ich objawy wybitniejsze, niż w poprzednich ciążach.

Zmiany wyżej opisane, spotykane prawie u wszystkich ciężarnych, zresztą zupełnie zdrowych i niejako do prawidłowego przebiegu porodu konieczne, a tylko w niespełna 2,5% dochodzące do stanu chorobowego, nie zasługiwałyby może na tak szerokie omówienie, gdyby nie były przejściem do sprawy groźniejszej: rozejścia się zupełnego, ruchomego stawów miednicy. Zdarzyć się to może już podczas ciąży, a najłatwiej podczas operacyjnego porodu drogami naturalnemi, jakoteż i w okresie połogowym.

W piśmiennictwie, o sprawie tej traktującem — zresztą dość szczupłem — nie można dopatrzeć się ujednostajnienia zapatrywań, co do przyczyn pękania połączeń kości miednicy i jakkolwiek rozporządzam tylko trzema przypadkami pęknięcia spojenia (2 podczas porodu kleszczowego, 1 w połogu), to jednak już na podstawie tych obserwacji muszę się przychylić do zapatrywań tych autorów, którzy za główną przyczynę, ułatwiającą pękanie spojenia łonowego, uważają jego pierwotne nadmierne rozluźnienie w czasie ciąży.

Także badania anatomo-histologiczne nad budową spojenia łonowego w czasie ciąży przyczyniają się w pewnym stopniu do zrozumienia mechanizmu jego pękania: Waldeyer, Gegenbaur i inni dowiedli, że spojenie łonowe nie jest prawdziwym stawem, że jamy stawowej we właściwem tego słowa znaczeniu nie posiada. Znajdowano natomiast w chrząstce spojenia szczeliny i jamki, które opisał dokładniej Zulauf, a ostatnio Loeschke. Przy badaniu 57 spojeń łonowych świeżo zmarłych osób znalazł on w spojeniu łonowem przestrzenie trojakiej wielkości: największe jamki spostrzegał wyłącznie u kobiet, które rodziły, a nigdy nie widywał ich u mężczyzn i nierodzących kobiet; najczęściej jamki te spotykał w tarczy chrząstkowej. Te same jamy opisali Cruveilhier i Waldeyer u ciężarnych, a Fick i Zulauf stwierdzili, że przestrzenie te są kilka razy większe u kobiet wieloródek, niż u pierwiastek. Loeschke tłumaczy obecność tych dużych szczelin jako wynik urazów porodowych, odbywających się w spojeniu łonowem i uważa je za taksamo charakterystyczne dla przebytych porodów, jak ślady pęknięcia szyjki macicznej.

Jak z tego widzimy, pewne zmiany, które drobnowidowo stwierdzono, niezawodnie podczas ciąży i porodu w spojeniu łonowem zachodzą w warunkach prawidłowych i usprawiedliwiają nasze spostrzeżenia kliniczne. Lehmann przypuszcza, że właśnie brak tych zmian przy silnych bólach, ewentualnie przy porodzie kleszczowym i niestosunku porodowym, sprowadza pęknięcie spojenia. Przypuszczenie to dałoby się przyjąć w tych przypadkach, w których w czasie ciąży nie stwierdzono rozluźnienia i gdyby w nich zachodził choć mały niestosunek porodowy. Nieda się jednak żadną miarą usprawiedliwić tam, gdzie rozluźnienie, i to wybitne, stwierdzono w ciąży, a dalej w przypadkach pęknięć, zachodzących w czasie połogu.

Na dowód, że w przeważnej liczbie przypadków porodowych, a zawsze w połogowych, dochodzi do pęknięcia tam, gdzie rozluźnienie spojenia łonowego już w czasie ciąży było wybitne, niech posłużą dwa następujące typowe przykłady:

I. Wieloródka 35 letnia, zawsze zdrowa, dobrze zbudowana i odżywiona. Pierwsza ciąża, poród i połóg prawidłowe, dziecko duże, zdrowe, karmiła sama. Po 12 latach bezpłodności zachodzi ponownie w ciążę. Do kliniki zgłasza się w bólach porodowych, nie skarżąc się na żadne zresztą dolegliwości. Badanie przedmiotowe stwierdza stosunki porodowe prawidłowe, miednicę obszerną, główkę w próżni. Ciśnienie krwi prawidłowe, białka w moczu nie znaleziono, narządy wewnętrzne bez zmian. Z powodu wskazania ze względu na płód założono kleszcze niskie na główkę, stojącą w wymiarze prostym i już przy pierwszem pociągnięciu spostrzeżono, a raczej usłyszano, że kości łonowe rozeszły się z wielkim trzaskiem na szerokość 3—4 cm. Po wydobyciu płodu stwierdzono pęknięcie pęcherza i cewki moczowej, oprócz przedniej ściany pochwy. Rozdarcie to natychmiast zeszyto, a rozdzielone kości łonowe ściągnięto szwami drucianemi po nacięciu skóry na wzgórku łonowym. Rany zgoiły się zupełnie, a po czterech tygodniach chora mogła opuścić klinikę. Dodać muszę, że dziecko ważyło 4750 gr a obwód brzucha rodzącej był nadmiernie duży (1·25 m).

Przy uzupełnianiu wywiadów już po porodzie, dowiedziano się od położnicy, że w ostatnich miesiącach ciąży doznawała bardzo dolegliwych bólów w okolicy spojenia łonowego, a chodzić mogła z trudem i niepewnie.

II. Pierwiastka 25 letnia, zawsze zdrowa, od 9 mies. ks. skarży się na bóle w miednicy i zwiększającą się z każdym dniem niemożność chodzenia o własnych siłach. Przedmiotowo stwierdzić się daje wybitna ruchomość kości łonowych względem siebie. Poród zupełnie prawidłowy, dość szybki. W drugim tygodniu połogu, przy podnoszeniu się na basen — mimo ostrzeżeń lekarza — doznaje bardzo dotkliwego bólu w okolicy spojenia łonowego i kości krzyżowej i odnosi wrażenie, jakby w niej coś pękło. Przywołany lekarz stwierdza wypływ czystej krwi z cewki moczowej, cewnikiem zaś odprowadza z pęcherza mocz zupełnie prawidłowy; spojenie łonowe bardzo bolesne za dotykiem i przy najmniejszym ruchu. Błona śluzowa pochwy nienaruszona, stawy krzyżowo biodrowe nie okazują zmian. Nie ulega wątpliwości, że nastąpiło tutaj w drugim tygodniu połogu wrzekome pęknięcie spojenia łonowego z uszkodzeniem cewki moczowej, poczem nastąpiło wyleczenie, jakkolwiek dopiero po kilku miesiącach.

Jak z tych dwóch przypadków widzimy, rozejście się kości miednicy odbija się najsilniej na połączeniu kości łonowych, jakkolwiek i stawy krzyżowo-biodrowe, zwłaszcza przy większych pęknięciach, udział brać muszą. W dwu naszych przypadkach zmian w stawach krzyżowo-biodrowych nie znaleziono.

Pęknięcie miednicy w stawie łonowym może być dwojakiego rodzaju: 1. niezupełne, jeżeli więzadła, a zwłaszcza więzadła łukowate *(lig. arcuata)* zostają tylko naciągnięte, a nie zerwane i stan ten moglibyśmy porównać ze zwichnięciem w stawach prawdziwych; 2. zupełne, kiedy więzadła pękają, a kości rozchodzą się na kilka centymetrów, przyczem zdarzyć się może, że chrząstka spojenia dzieli się, częściej jednak pozostaje przy kości lewej, co jednak nie odgrywa żadnej ważniejszej roli.

Pęknięcie stawów miednicy podczas ciąży, porodu i połogu należy do rzeczy rzadkich i opisano ich do dziś nie więcej niż stokilkanaście. Według Brauna v. Fernwald, Schauty i innych, na 10.000 porodów przypada jedno pęknięcie. Materjał, którym rozporządzam, jest za mały, abym mógł z niego w tym kierunku wysnuwać pewne wnioski; biorąc jednak okres 15-letni kliniki krakowskiej z 7.500 porodami, trzebaby liczyć na nie jedno pęknięcie. (2 przypadki pochodzą z prywatnej praktyki prof. Rosnera). Możliwą jest rzeczą, że pęknięcia te zdarzają się częściej, a tylko nie wszystkie zostały opisane.

Przyczyną ich najczęstszą, bezpośrednią — według Kehrera — są zabiegi operacyjne, polegające na forsownem przeciąganiu główki płodu przez miednicę, zwłaszcza przy niestosunku porodowym. Zdarzają się jednak i pęknięcia samorodne, jak tego dowodzi nasz przypadek, gdzie kobieta w połogu, podczas podniesienia się na basen, doznała pęknięcia.

Pragnąłbym wreszcie słów kilka dodać o powikłaniach, leczeniu i rokowaniu spraw wyżej omówionych.

Przy rozluźnieniu spojeń miednicy spotykamy się bardzo rzadko z powikłaniami; występują one jednak od czasu do czasu w postaci zapalenia, a nawet ropienia spojenia łonowego i wtedy zwykłe postępowanie chirurgiczne wiedzie do wyleczenia. Nieprzyjemne są tylko podmiotowe dolegliwości ciężarnych, a zwłaszcza niemożność chodzenia i przymusowe leżenie w łóżku, przeciągające się czasem miesiącami.

Pęknięcia spojeń miednicy są natomiast bardzo często powikłane jużto natychmiastowemi powikłaniami ze strony sąsiednich narządów, niejednokrotnie silnie uszkodzonych, jak to było u naszych chorych, jużto pomniejszemi powikłaniami: zacieki moczowe, przetoki, ropienia spojenia i przestrzeni Retziusa i t. p. należą do typowych następstw tej sprawy.

Nawet przypadki czyste, nie badane, mogą dawać ciężkie powikłania, jak to było w przypadku Bocheńskiego.

Rozluźnienie spojenia — nawet daleko posunięte — oprócz środków przeciwgośćcowych i zabezpieczenia miednicy przed pęknięciem w czasie porodu i połogu, żadnego leczenia nie wymaga. Podtrzymywanie miednicy podczas drugiego okresu porodowego może się odbywać ręcznie, lub przy pomocy odpowiednio do tego celu przygotowanych pasów, w czasie zaś połogu należy położnicę przestrzegać przed zbyt forsownemi ruchami i wczesnem wstawaniem z łóżka.

Gorzej natomiast przedstawiają się wyniki leczenia pęknięć stawów miednicy. Zwłaszcza dawniejsi autorzy przytaczają bardzo smutną statystykę tego cierpienia: Dührsen mówi o 70,9% śmiertelności z powodu ogólnego zakażenia, powstałego w następstwie pęknięć miednicy. U późniejszych autorów wyniki leczenia są już znacznie lepsze, w każdym razie ze sprawą tą należy się liczyć, jako z bardzo poważnem powikłaniem. Leczenie czysto chirurgiczno-ortopedyczne polegać będzie na ustaleniu miednicy najrozmaitszemi sposobami — od elastycznej opaski aż do gipsowego opatrunku — i na zapobieganiu wytwarzaniu się ropni tkanki łącznej.

Szew kostny może ułatwiać i przyśpieszać gojenie, jest przeciwwskazany w przypadkach zakażonych.

Dr. Eugenjusz WAYGIEL Lwów.
asystent kliniki chirurgicznej.

Nienużący sposób wykonywania dłużej trwającego sztucznego oddechania oraz przegląd sposobów dotąd opisanych.

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Z praktyki lekarskiej wiadomo, że sztuczne oddechanie bardzo często musimy przez czas dłuższy wykonywać zanim osiągniemy skutek pomyślny, t. j. zanim powrócą u ratowanego samoistne ruchy oddechowe.

Różni autorowie różnie czas ten określają.

Podczas gdy jedni, jak np. Lexer piszą, że »sztuczne oddechanie wraz z mięsieniem serca należy wykonywać aż do powrotu oddechu lub najmniej stale przez godzinę«, a Oettingen, że »zabiegu nie należy zaniechać przed upływem godziny«, a inni znów, że »sztucznego oddechania nie należy przerywać przed $1^1/_2$ – 2 godzinami« — to Ortner wspomina o przypadkach, w których 2, 3, ba nawet 5 godzinne sztuczne oddechanie uratowało życie ustrojowi, dając mu czas na wydalenie z siebie trucizny.

Chiari przytacza przypadek w którym chory (lekarz) po 7 godzinach sztucznego oddechania dopiero wrócił do przytomności.

Pomimo, iż zabieg wykonuje się z małemi przerwami, aby obserwować, czy nie wystąpiło już samoistne oddechanie, i w sposób nie za forsowny, aby nie sprowadzić dłużej trwającego bezdechu, spowodowanego takiem ubóstwem CO_2 w płucach i we krwi, że ośrodki oddechowe nie mogą być odpowiednio podrażnione, to jednak sztuczne oddechanie, jeśli ma być długo stosowanem, musi wywołać znużenie u ratujących.

Nawet bardzo silni fizycznie zmuszani są do wyręczania się coraz innemi osobami, a w razie niemożności wyręczenia się, nawet do zaniechania zabiegu, z powodu zniechęcenia co do nadziei uratowania życia.

Ten stan psychiczny ma swe podłoże właśnie w wielkiem fizycznem ich znużeniu.

Sam widziałem nieraz kolegów, którzy, zastępując znużonych, zastosowywali coraz inny sposób sztucznego oddechania, sądząc, że dłużej niż poprzednicy wytrzymać będą w stanie, a przecież mniej lub więcej szybko ulegali sami znużeniu.

Znużony zaś z trudem zaledwie potrafi zachować konieczną w zabiegu rytmikę i oględność ruchów tak, by nie spowodować złamania żeber lub pęknięć wątroby, jak o tem dość wielu wspomina autorów, a między nimi Schaefer (Berl. Kl. Wochenschrift 1900), który przy stosowaniu metody Howarda widział złamanie jednego żebra u ratowanego.

Sposobów sztucznego oddechania jest wiele, że wymienię tylko dotąd mi znane, a mianowicie:

a) Sposoby zapomocą przyrządów:

1) Sztuczne oddechanie przy użyciu miecha, jakie zaleca Hunter (1776 r.).

2) Pas Leroy'a d'Etioles (1829 r.), który trzeba podsunąć pod leżącego i rytmicznie nim ściskać i popuszczać klatkę piersiową i brzuch ratowanego.

3) Podobny do powyższego pas Dalrymple'a (1831 r.).

4) Spirophor Woillers'a: jest to walec z blachy żelaznej obejmujący całego człowieka prócz jego głowy.

Z walca wyciągamy lub wtłaczamy powietrze, wskutek czego klatka piersiowa bądź to rozszerza się, bądź się zapada. Czynność tę można bardzo rytmicznie wykonywać.

5) Maska brzuszna Eisenmengera: jest to przyrząd w kształcie maski do usypiania tylko większy, mający na brzegach pneumatyczne zamknięcie. Przymocowuje się go pasami do brzucha, a miechem, poruszanym nogą, powietrze w masce rozrzedza się lub zgęszcza, wskutek czego ściana brzuszna, a zatem i przepona bywa pociągniętą ku dołowi lub popchniętą ku górze.

6 Pia polecił rurkę tkwiącą w tarczy skórzanej, przez którą wdmuchuje się powietrze do ust.

7) »Pulmotor« Draegera — przyrząd do cucenia zapomocą tlenu. Przyrząd skomplikowany, składający się z cylindra metalowego, zawierającego około 330 litrów tlenu, które wystarczają na utrzymywanie sztucznego oddechania przez 40 minut, dalej z przyrządu, zawierającego dwa miechy harmonikowe, umożliwiające zapomocą wentyli automatyczne wciskanie tlenu zmieszanego z powietrzem do płuc i na następne wessanie z płuc zużytego powietrza, a wreszcie z maski, podobnej do używanej przy usypianiu. Aparat ten oddaje bardzo dobre usługi szczególnie w przypadkach, gdzie istnieją zranienia rąk lub klatki piersiowej. Wobec nader łatwego władania przyrządem jedyną trudność stanowi odpowiednie wyciąganie języka, konieczne przy zastosowaniu tego aparatu.

8) Sposób Duchenne'a, polegający na faradyzowaniu nerwów przeponowych. Jedną elektrodę przykłada się na zewnętrzny brzeg mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, a drugą elektrodę pod brzeg żeber wrzekomych lub na mostek według Pels-Leusdena, albo też obie elektrody przykłada się po obu stronach szyji, po zewnętrznych brzegach nieco ku środkowi przesuniętych m. m. sterno-cleido-mastoid., nad dolnym końcem m. scalenus anticus. Faradyzowanie trwa około 2 sekundy.

Duchenne polecił tę metodę, a Ziemsen wykonał ją u ludzi. Metoda ta według Lossena zawodzi. Nie da ona dobrego wyniku skoro pobudliwość nerwów przeponowych już zanikła. Lossen zarzuca tej metodzie jeszcze i to, że faradyzacja powoduje tylko wdech, a wydech trzeba wzmocnić uciskiem.

Tu należy wspomnieć i o elektro-punkturze serca przy jego porażeniu. Sposób ten, podany przez Steinera, który elektrodę dodatnią w kształcie igły wbijał w lewą komorę serca, a drugą przykładał na dołek podsercowy i puszczał rytmicznie co sekundę słaby prąd indukcyjny. Hueter

wprowadzał jedną igłę do lewej, a drugą do prawej komory. On pierwszy zastosował ten sposób w dwóch przypadkach pozornej śmierci z chloroformu u ludzi, atoli, jak pisze Lossen, nie wyratowano w ten sposób ani jednego życia ludzkiego. Z. Meyer zaś wykazał, iż bezpośrednie elektryczne drażnienie serca prądami przerywanemi czy stałemi należy uważać za bodziec dla serca bardzo szkodliwy i sposób ten bezwarunkowo zarzucić.

b) Ze sposobów sztucznego oddechania bez użycia przyrządów wymieniam następujące:

1) Wdmuchiwanie powietrza z ust do ust przy zatkanych otworach nosowych, lub przez jeden otwór nosowy, przy równoczesnem zamknięciu ust i zatkaniu drugiego otworu nosowego — podany przez Huntera.

2) Podciąganie łuków żebrowych ku górze przez jedną osobę — polecone przez Hasselta w r. 1847.

3) Modyfikacja tej metody Maksa Schuellera (1879) taka, że polecał dodawać następowe ściskanie łuków żebrowych.

4) Tak zwana »Postural method« według Marschall-Hall'a polega na tem, że osoba klęcząca obok ratowanego podkłada jedną rękę pod bark, a drugą pod biodro, przewraca go na bok i powtarza to 15 razy na minutę. Sposób ten, według Lossena, jest niepewny i nie można zastosować go u osób operowanych.

5) Sposób Silvester'a (r. 1858) polegający na silnem acz nie gwałtownem, miarowem unoszeniu ramion ratowanego ponad jego głowę z następowem przyciskaniem łokci do klatki piersiowej. Zabieg ten wykonuje się albo w położeniu poziomem albo na równi pochyłej ze zwisającą głową (według Nelaton'a). Nogi ratowanego należy podczas tego przytrzymywać.

6) Sposób Pacini'ego, ogłoszony w r. 1867, jest modyfikacją sposobu Silvester'a, a polega na silnem unoszeniu rękami obu główek kości ramieniowych od strony pach.

7) Sposób Bani'ego, którym staramy się również unieść główki kości ramieniowych ku górze, wkładając palce w pachy, a kciuki umieszczając na obojczykach. Oprócz tego Bani polecał jeszcze podnosić chorego, leżącego na grzbiecie, za ręce ku górze następnie zaś łagodnie opuszczać go na ziemię.

8) W sposobie Howard'a kładziemy chorego ewentualnie wpierw na brzuchu (na poduszce leżącej w okolicy epigastrium) i ściskamy dolną część klatki piersiowej, aby uwolnić płuca i żołądek jego od wody. Następnie obróciwszy chorego na plecy, podsuwamy wałek pod dolną część klatki piersiowej, a ręce jego zakładamy pod jego głowę. Ratujący klęka okrakiem nad biodrami ratowanego, kładzie obie swoje ręce na jego łuki żebrowe i pochylając się ku przodowi do twarzy chorego ciśnie całym ciężarem na klatkę piersiową licząc powoli do 3, — poczem zwalnia ucisk, podnosi się i liczy ponownie. Manewr ten powtarza się osiem do dziesięć razy w minucie.

9) Sposób podany przez Brosch'a (w r. 1896) polega na tem, że ciało ratowanego od łopatek aż do lędźwi leży na stołku około 30 cm wysokim, a oba ramiona jego pociąga się poza jego głowę; przy odprowadzaniu tychże przyciska się łokcie silnie do piersi.

10) Wahań Schultzego, jako ogólnie znanych i używanych przy asfixji u noworodków, nie opisuję.

11) Sposobem Schaefer'a ściskamy dolny odcinek klatki piersiowej ratowanego, leżącego na brzuchu. Ratujący klęczy ponad chorym i wykonuje kompresję całym swoim ciężarem około 13 razy na minutę.

12) W sposobie Boland'a ratujący klęczy ponad ratowanym, leżącym na brzuchu i unosi jego ramiona ku górze. Wskutek czego kręgosłup chorego wygina się wstecz, a przy następnem opuszczeniu ramion tułów jego opada na ziemię i występuje wydech. Pomocnik podtrzymuje przy tem głowę ratowanego. Metodę tę trudno stosować u dorosłych z powodu sztywniejszego kręgosłupa, przy tem kryje ona w sobie niebezpieczeństwo złamania żeber, uszkodzenia wątroby i wtłoczenia treści żołądkowej do dróg oddechowych.

13) Rytmiczne podciąganie języka sposobem Laborde'a ma na celu drażnienie n. laryngeus i n. glosso-pharyngeus, które ma udzielać się ośrodkowi oddechowemu. Pociągań tych trzeba wykonać około 13 w minucie.

Sposób ten zastosować można wtedy, jak długo utrzymaną jest jeszcze pobudliwość odruchowa nerwów. W każdym razie nie można przy tej metodzie obyć się bez innej metody sztucznego oddechania.

14) Odruchowe drażnienie ośrodka oddechowego zapomocą uderzania w pośladki, zanurzania na przemian w zimną i ciepłą wodę, nacierania twarzy i piersi, a nawet całego ciała zimną wodą, krzyczenia do uszu, szczotkowania podeszew, łechtania błony śluzowej nosa—jest polecenia godnem, ale obok stosowania właściwego sztucznego oddechania.

Wspomniane metody jakkolwiek uwzględniają przeważnie jedną osobę ratującą, to jednak przy tej i przy owej autorzy dodają, że pomocnik ułatwiłby zadanie, a nawet że nieraz jest wprost koniecznym.

W każdym razie przy wszystkich tych metodach bez użycia przyrządów, jedna osoba ratująca nie jest w stanie wykonywać sztucznego oddechania przez czas dłuższy, albowiem dla jednej osoby, zawsze do ruchów tych nie wprawionej, są one za męczące.

Przy wynajdywaniu sposobów sztucznego oddechania brano pod uwagę jedynie ratowanego, a nie uwzględniano fizycznych sił ratującego; zauważa to również i Kelemen z kliniki chirurgiczwej Bakay'a, podając w Archiv. f. kl. Chir. r. 1923 »nowy sposób sztucznego oddechania«.

15) Sposób ten polega właśnie na korzystnem użyciu pomocników, uwzględniając ich nużenie się. Jest on modyfikacją II-giej fazy zabiegu Silvester'a. Nie jeden, a dwaj pomocnicy ustawiają się twarzami do siebie z obu boków chorego i każdy z nich chwyta jedno ramię i przedramię ratowanego i wyciąga je równocześnie poza jego głowę. Przy ruchu powrotnym, w momencie, w którym łokcie ratowanego przyciska się do bioder, pomocnicy pochylają swe ciało ku przodowi i wykonują skuteczny ucisk na łuki żebrowe. Praca mięśni osób ratujących ma być przy tym sposobie bardzo małą.

Niżej podany opis mego sposobu zaoszczędza jeszcze bardziej siłę osób ratujących.

Przystępując do wykonania tego sposobu sztucznego oddechania musimy przedewszystkiem, jak i przy każdym innym zresztą sposobie, przekonać się wpierw o drożności otworów i przewodów nosowych, jamy ust, gardła, krtani, ewentualnie i tchawicy. W razie ich zatkania, usuwamy obce ciała (jak np. śluz, błoto, cząstki pokarmu) nie tylko palcami, ale (ciała obce np. wodę, krew lub ropę) zapomocą zwieszenia chorego przez kolano: czy to zapomocą podłożenia poduszki (wałka, zwitka odzieży, kloca owiniętego w odzież) pod epigastrium i uciskania od tyłu dolnego odcinka klatki piersiowej, czy to zapomocą podniesienia chorego do góry nogami, czy też wreszcie zapomocą wessania płynnych ciał obcych przez rurkę, wprowadzoną do tchawicy przez krtań, ewentualnie przez otwór tracheotomijny.

Skoro stwierdzimy, że drogi oddechowe są drożne, kładziemy chorego na plecy, najlepiej na stole lub na równi lekko pochyłej ustawiając stół z jednej strony nieco wyżej i o głowie zwisającej z brzegu stołu, idąc w tem za radą Nélaton'a. Pod dolny odcinek klatki piersiowej podsuwamy wałek 15—20 cm wysoki. Rozwieramy usta chorego, chwytamy język i trzymamy go wyciągniętym, jak to podaje Herter, lub, jeśli jest zbywajacy pomocnik, to wykonuje on trakcję Labord'a. Nogi ratowanego zginamy nieco w kolanach i w pachwinach i przytrzymujemy w tej pozycji lub uzyskujemy to podłożeniem wałka pod kolana.

Po tem przygotowaniu jeden z ratujących staje u głowy ratowanego i wykonuje zabieg Silvester'a. Dwaj inni ustawiają się po bokach tegoż i każdy z nich oburącz chwyta odpowiedni łuk żebrowy chorego. Na dany znak równocześnie pierwszy ratujący wyciąga ramiona ratowanego aż po za jego głowę, a obaj stojący z boków chorego, ciągnąc za łuki żebrowe skośnie na zewnątrz i ku górze, pomagają do rozszerzenia klatki piersiowej. Ta czynność wywołuje wdech.

Następnie pierwszy ratujący ściąga z powrotem ramiona ratowanego do klatki piersiowej i przyciska je do tejże, a pomocnicy pochylają się ku choremu bez wyprostowywania swych ramion w łokciach. Wskutek tego prawie nieznacznego wahania własnego tułowia najskuteczniej w regulowanej sile ściskają żebra chorego ku wewnątrz i wtedy następuje wydech.



Podczas tego stosować także można i mięsienie serca przez klatkę piersiową, w sposób podany przez Koeniga-Maasa, uderzając rytmicznie 60—70 razy według jednych, a 80—100 razy na minutę według innych, opisujących ten zabieg.

Przedstawiony sposób sztucznego oddechania, uwzględniając metody Hasselt-Schuellera, Silvester'a, ewentualnie i Laborde'a, nietylko posiada wszystkie tych metod zalety, ale je i przewyższa w tem, iż, (czego nie należy lekceważyć), liczy się z łatwo występującem znużeniem u ratujących.

Wskutek odpowiedniego ustawienia pomocników i wskutek dobrego wyzyskania ich współdziałania, przypada na każdego z nich zaledwie $^1/_3$ część pracy do wykonania A jeśli dodam, że prócz tego wszystkie wytężające ruchy są zbyteczne, to jasnem jest, że zabieg ten może być przez czas stosunkowo bardzo długi, nawet i przez kilka godzin wykonywanym przez te same osoby, nie sprowadzając u nich znużenia. Tembardziej, że po pewnej ilości ruchów należy zrobić przerwy, jak to już wyżej pisałem, by obserwować czy u ratowanego nie wystąpiły już samoistne ruchy oddechowe.

Ratujący funkcjonują przy tym sposobie podobnie do maszyny, zachowując spokój i rytm równomierny, co przy wszystkich sposobach sztucznego oddechania jest głównym i wymaganym warunkiem.

Również i zwiększenie pojemności klatki piersiowej przy tym sposobie (jak o tem przekonać się mogłem z doświadczeń moich dokonanych spirometrem Hutchinson'a wspólnie z kol. Dr. Zbyszewskim w Zakładzie fizjologji U. J. K.) jest równe temu, jakie dla sposobu Silvester'a także doświadczalnie stwierdziła osobno do tego wyłoniona komisja z Royal human Society w Londynie w r. 1862. Ustalono tam mianowicie, że wymiana powietrza podczas każdego oddechu wynosi 300—500 cm^3.

My w naszych doświadczeniach otrzymaliśmy cyfry zupełnie podobne.

Prym. Dr. Wilhelm PISEK. Lwów.

W 300-tną rocznicę urodzin Sydenham'a *).

Czcić pamięć swych wielkich poprzedników w zawodzie lekarskim jest nietylko obowiązkiem pokoleń następnych, ale i źródłem korzyści nieustających dla dalszego rozwoju nauki, dla dalszego rozkwitu lekarskiego. *»Medicus in omne aevum nobilis«* »lekarz po wsze czasy znakomity« — napis ten położyło londyńskie Towarzystwo lekarskie w r. 1810 na odnowionym wówczas grobowcu Sydenham'a, spoczywającego w opactwie Westminster wśród wybrańców narodu swego.

Urodzony w r. 1624, a więc lat 300 temu, studjował w Oxfordzie — przerywając naukę służbą wojskową. Były to burzliwe czasy Cromwell'a! Później uczył się w Montpellier, ówczesnej słynnej uczelni zasad hipokratesowskich — skąd, wróciwszy do Ojczyzny, uzyskał w 39 r. życia pozwolenie praktyki lekarskiej. Jego sława lekarska zataczała coraz szersze kręgi. Mimo to, dopiero w 52 r. życia uzyskał doktorski biret. Zmarł 29 grudnia 1689 r. wskutek dny, powikłanej kamicą nerkową i krwotokami nerkowemi, a więc z choroby, którą znał wybornie i której opisem postawił sobie pomnik *acre perennius*.

Zbiorowe wydanie pism Sydenham'a, które mam przed sobą, nosi — obyczajem ówczesnym — obszerny napis [2]: Thomae Sydenhami Med. Doct. ac Practici Londinensis celeberrimi Opuscula quotque hactenus separatim prodiere omnia. Nunc primum junctim edita, à plurimis mendis repurgata ac Indice rerum et verborum accuratissime ducta & ornata. Amstelodami, apud Henricum Wetsteinium CIↃIↃCLXXXIII (1683). Wydanie to amsterdamskie zdobi udatna podobizna autora.

Znajdujemy tu przedewszystkiem rozprawy: O chorobach ostrych w ogólności, o chorobach nagminnych panujących w Londynie w latach 1661, 1662, 1663 i 1664. (*Constitutio epidemica*) pod ogólnym napisem: *Observationes medicae circa morborum acutorum Historiam et curationem.* Dalej, rzecz o ospie prawidłowej, o chorobach nagminnych od 1667—1669, o cholerze, o czerwonce, o odrze, o ospie nieprawidłowej, o kolce żółciowej, o płonicy, o zapaleniu opłucnej, o zapaleniu nieżytowem płuc (pneumonia notha), o róży, o zapaleniu gardła. Następują odpowiedzi w postaci listów: *Epistola responsoria prima* (o chorobach nagminnych r. 1675—1680) i *Epistola responsoria secunda De luis venerea Historia & curatione* (o kile), wreszcie *Dissertatio epistolaris... circa curationem Variolam confluent nec non de affectione hysterica.* Imponujący ten materjał obejmuje 411 stronic dużej ósemki o wzorowym druku. W części drugiej umieścił wydawca drugą najsłynniejszą pracę Sydenham'a: **TRACTATUS de PODAGRA** (62 stronic) — a kończy zbiór cały rozprawa: *De Hydrope* (str. 63—91). Z jaką starannością drukowano to dzieło widać z omyłek drukarskich — których ilość dochodzi 3! Wydanie weneckie z r. 1762 zawiera oprócz powyższych prac i szeregu rozpraw autorów obcych o tychże przedmiotach — jeszcze Sydenham'a: *Schedula monitoria de Novae febris ingressu*, (na str. 111—112), *De febre putrida Variolis confluentibus superveniente* (str. 130) i *de Mictu sauguineso a Calculo Renibus impacto* (str. 131, 132) — opis choroby autora przebytej w r. 1660 — z datą 29. IX. 1686 r.

Wielkość i znaczenie Sydenham'a ocenimy, jeśli sobie uprzytomnimy, że działał on na sto lat przed twórcą anatomji patologicznej Morgagni'm, że jako jeden z najgenjalniejszych naśladowców Hipokratesa — wszak potomność odznaczyła go mianem zaszczytnem »angielskiego Hipokratesa« — opierał się wyłącznie na obserwacji, na obserwacji własnej, a ogłosił tylko to co, wielokrotnem doświadczeniem stwierdził i umocnił: *»Hoc enim spondeo nullam à me Methodum generalem fuisse evulgatam, quae expeurientiâ reiteratâ non est stabilisata, atque confirmata* [3]*«*. Niezmiernie dużo trudu wkłada Sydenham w drobiazgowe, możliwie najściślejsze opisy objawów chorobowych, przebiegu chorób i ich powikłań. I dlatego też po wszystkie czasy pozostanie klasykiem medycyny, wzorem — prawie niedoścignionym. To, co uczyniło na zawsze opisy anatomopatologiczne Rokitańskiego (w drugiej połowie zeszłego stulecia) pomnikowemi, to podziwiamy u Sydenhama w obrazach skreślonych w XVII stuleciu! Wymaga on też od lekarza najściślejszej obserwacji i opisu drobiazgowego, jak od botanika opisującego roślinę — przykładowo mówi o botanicznem

*) Podług przemówienia na posiedzeniu lwowskiego Tow. lekarsk. dn. 20. VI. 1924.

[2]) Ortografję podaję wszędzie ściśle podług oryginału.

[3]) Praefatio, (bez paginacji) str. 16. ustęp 2.

opisie fijołka: *Qui verbi gratia Violam accuratè describserit, quoad colorem, saporem, odorem, ac figuram... omnibus ubique terrarum Violis,... Historiam illam in plerisque fere omnibus convenire facilè animadvertet*[4]) Dużo też wkłada trudu i w rozpoznawanie chorób różniczkowe, gdyż te same przyczyny (pewne zmiany »soków« — podług pojęć humoralnych, ówczesnych) mogą wytwarzać różne objawy — gdy z drugiej strony, choroby pod względem objawów podobne, mogą mieć wcale różne przyczyny. Zasadę — której doniosłość i dziś, pomimo olbrzymio rozwiniętej djagnostyki lekarskiej — w całej pełni uznajemy, wypowiadał pierwszy Sydenham. Jako bystremu lekarzowi-praktykowi, nie uszło jego uwadze, że nieraz i objawy, »*facies morbi*«, nie zależą od samej choroby, jak raczej od sposobu leczenia – tak iż »chorzy na tę samą chorobę, w inny sposób leczeni inne też okazują objawy[5])«.

Mistrzowski opis dny wywołuje podziw u klinicysty naszych czasów, tej miary co Trousseau: »...podziwiając ten opis, mówi on, widzimy, jak mało do uzupełnienia pozostawił swoim następcom«. Jako przykłady, niech mi będzie wolno przytoczyć kilka wyjątków. O napadzie bólów dnawych pisze Sydenham: »...*nunc tensionem violentam vel ligamentorum istorum dilaceratione, nuc morsum canis rodentis, quandoque pressuram & coarctationem exprimens; adhaec, ita vivum exquisitumque habet sensum pars affecta, ut nec linteorum super — incumbentium, nec cubiculi a fortiori ambulatione concussionem ferre valeat*[6])«.

O zniekształceniach stawów i członków, o złogach dnawych wyraża się, że... *radicum Pastinacae similes eos reddit* (*Podagra*) ... *tophaceas generans... nudos tophos cretam vel oculos Cancrorum, aemulantes, aciculâ eruendos exhibet conspectui*[7]). Dna, zdaniem Sydenhama wyjątkowo nagabuje młodych chłopców lub kobiety — a te chyba w wieku późniejszym »*jam vetulas & viragines seu corpore masculorum habitum aemulantes*[8]). Pomiędzy przyczynami zwraca uwagę, że nietylko wiek ale i zmieniony tryb życia, zaprzestanie ruchów, do których w latach młodocianych chory był przyzwyczajony, sprzyjają rozwojowi dny. Sprzeciwia się powszechnie głoszonej opinji, że obojętnie czy kto nadużywa trunków, czy też nie pije: *Vinum potans Podagrâ laborabis, et vinum non potans laborabis Podagrâ*, gdyż wino w istocie »*de facto officere* [9]).« Z własnego doświadczenia twierdzi, że wpływ snu, usposobienia wzgl. wysiłków umysłowych, wzruszeń duchowych jest bardzo wielki — »więcej zapada na dnę ludzi zamożnych, niż biednych, więcej ludzi inteligentnych, niż ograniczonych[10])«. Ze zdziwieniem czytamy tu o wpływie wzruszeń duchowych — etjologicznie dopiero w nowszych czasach stwierdzonym. Leczenie przeprowadza Sydenham — jakkolwiek tkwiący w zasadach humoralnych swego czasu — przecież nie niewolniczo. »Quo simplicius eo melius[11]) przyświecać ma lekarzowi na każdym kroku zwracając jednak bacznie uwagę, by i smak leków nie był przykrym (str. 32) a dla żołądka właściwszym — dla ulopków np. dodatek wina lepszy od miodu. Omawia też przepisy djetetyczne, jakościowo i ilościowo, jakby był uczniem najnowszych kierunków chemji żywnościowej, wiedziony jedynie genjalnem odczuciem wskazań chorobowych. Próbuje wprawdzie objaśniać wskazówki teoretycznymi wywodami patologji humoralnej — wszędzie jednak mówi lekarz, o doświadczeniu wyjątkowem, w ogniu ścisłej krytyki skontrolowanem. Umiarkowane żywienie chorych jest pierwszorzędną zasadą; jednak rygorystyczne skąpe żywienie pogarsza ich stan (str. 38). Ostrzega[12]) przed nadmiarem mięsa, potrawami słonemi, ostremi przyprawami — ze względu na nerki, wysoko ceni wartość wyłącznej djety mlecznej dla niektórych

[4]) Praefatio, str. 6., ustęp 1.
[5]) tamże, str. 4., ustęp ostatni.
[6]) a więc: bóle szarpiące jakby od ukąszenia psa ...przeczulica chorej części nie znosi kołdry ani najmniejszego wstrząśnienia łóżka od kroków silniejszych.,
[7]) Str. 14. De Podagra.
[8]) Str. 19 ibid.
[9]) Str. 41. ibid.
[10]) Str. 19 i str. 47.
[11]) Str. 30.
[12]) Str. 39 ibid.

przypadków. Jazdę konną, systematyczną, wyjąwszy starców i chorych dotkniętych kamicą, uważa za dobry środek pomocniczy — również ocenia doskonale znaczenie biegunki, jak niemniej wartość potów sztucznie sprowadzanych: »*Catharsis ac Diaphoresis per sudorem... ...Imprimis venaesectio... in humoribus... evacuandis...*« stanowi podstawę leczenia[13]). Występuje wrogo przeciw przesadnemu stosowaniu leków: a wielu chorych, o których sądzą, że zmarli wskutek podagry, zginęło raczej »*non tam ipso morbo quam sublestâ atque indebitâ medicatione*[14])«.

Wyznaje szczerze, że w podagrze nie zna swoistych leków — przytacza też satyryczny, przepyszny poemat Lucianusa, obejmujący wierszem około setkę przeróżnych leków przeciwdnowych w czem, obok innych, nie braki ... kału, mleka, oczywista i organoterapji, wreszcie żab i pijawek.

W pięknej rozprawie: *de Hydrope* również na każdem kroku widzi się doskonałego obserwatora i krytycznego terapeutę. *Syrup. de spinâ cervinâ* w połączeniu z odwarem Tamarynd i liści senesowych, rzewieniem (str. 70) stanowią podstawę leczenia, *Hydragoga i Cathartica*. W przypadkach, w których one nie pomagają zaleca Sydenham »Diuretica e salibus Lixivialibus« a więc przetwory, jak nasz octan potasowy. O wartości leczniczej wypuszczania płynów (*Paracentesis*) wyraża się sceptycznie. Mimo nieznajomości etjologji, zdaje się, że przecież ma wyniki niezłe. Nie przeszkadza mu to, by przytem wskazać na konieczność wykształcenia anatomicznego dla lekarza, który uczyć się ma na zwłokach ludzkich i zwierzęcych.

Jako jeden z najświetniejszych przedstawicieli tradycji hipokratesowskich — a przytem dziecię swych czasów, upatruje siedzibę chorób w schorzeniu »soków ustroju«, jakkolwiek nie znamy jeszcze dokładnie tych »soków«. Zmiany ich wytwarzają podstawowe objawy chorób. Inna część objawów, są to objawy obronne w kierunku wydzielenia z ustroju wytworów chorobowych. Grupę odrębną stanowią przypadłości, jako następstwa leczenia. Podział chorób na ostre i przewłoczne wyjaśnia tem, że w pierwszej grupie zadziałała przyczyna zewnętrzna i z temi chorobami ustrój szybko się załatwia, zaś w chorobach przewłocznych, w znacznej części wytwarzanych przez błędy djetetyczne — odbywa się wydalanie tej »*materia peccans*« tylko bardzo niedostatecznie.

Nauka o chorobach nagminnych (»Katastaseologia«), tak jak ją pojmował Sydenham, zasługuje mimo swych błędów i dziś na naszą szczególniejszą uwagę. Choroby te zależą od wpływów atmosferycznych, a więc są to choroby wiosenne, letnie, jesienne i zimowe — zmienne bardzo, bardzo też zależne od pogody i słoty — danej pory roku (*Constitutio annua).* Ponadto istnieją jeszcze nieznane bliżej czynniki chorobotwórcze, z ziemi biorące swój początek, a wytwarzające zanieczyszczenia atmosfery (*Constitutio epidemica*[15]).

W epidemji moru (z lat 1665—1666) a więc czasie istniejącej *Constitutio lomoides,* stwierdza, że i inne choroby jak np. dur, zapalenie opłucny, zapalenie płuc i inne okazują cechy moru, tak, jak podczas epidemji ospy (1666—1669) stwierdza *Constitutio variolosa* , innym razem znów *Const. dysenterica* — słowem, istniejące nagminne choroby wyciskają piętno pewne na inne grupy chorobowe. Znakomity nowoczesny historyk medycyny Pagel, omawiając powyższe poglądy Sydenhama, nazywa je »pracą nawskroś oryginalną w duchu hipokratesowskim« i »najbardziej wartościowem jego dziełem«.

Jeżeli uważnie śledzimy postępowanie terapeutyczne Sydennama, dostrzeżemy u niego na każdym kroku nadzwyczajną ogiędność i umiarkowanie — dalekie jednak od nihilizmu terapeutycznego, który dopiero 200 lat później się zjawia. Marzy wprawdzie o lekach swoistych: ... *optandum est tamen, ut beneficio specificorum, si quae talia inveniri possint, aeger... ad sanitatem proficeret...*[16]*),* ale nadewszystko uznaje przemożny wpływ siły leczniczej sa-

[13]) Str. 22 ibid.
[14]) Str. 57 ibid.
[15]) De morbis epidemic. str 6 i nast.
[16]) Praefatio w: Thomae Sydenhami opusc. omnia... str. (bez paginacji) 12., ustęp ostatni.

mej przyrody, samego ustroju — któremu owe swoiste leki mogłyby dopomóc w walce obronnej. Makowiec był jego ulubionym lekiem — dzisiaj jeszcze przepisujemy Laudanum liqu. Sydenhami. Wysoko ceni upusty krwi i leki czyszczące. Recepty, wcale licznie rozrzucone po wszystkich monografjach Sydenham'a, świadczą, że jego każda kombinacja leków, mimo ustępstw czynionych ówczesnym prądom, obmyślana jest doskonale i znamionują istotnie doświadczonego praktyka. Uprzytomnijmy sobie, że Sydenham pracuje w czasach, gdy odkrycie nieśmiertelnego Harveya o krążeniu krwi (1628 r.) zaledwie weszło w świadomość ogółu lekarskiego, gdy więc nowoczesna patologja i terapja z chaosu się wyłaniała — wtedy nam wystąpi w całej świetności praca Sydenhama, nacechowana zasadą, że »medycyna jest sztuką, której podstawą wyłącznie musi być doświadczenie. Doświadczenie krytyczne, nabywane u łoża chorego uczy jak chorobę usunąć. Niech mi wolno będzie zakończyć słowami znakomitego paryskiego klinicysty Chauffard'a, wypowiedzianemi na obchodzie ku czci Sydenhami w akademji medycznej[17]): »Nie szukał on honorów... stanowisk profesorskich (charges professorales)... nawet posady szpitalnej... nie znał innej ambicji nad tą, by dobrze badać swych chorych, najlepiej ich leczyć i światu lekarskiemu ogłaszać wyniki swych obserwacji«.

Dr. A. KACENELSON. Warszawa.

Z kazuistyki myastenji z zaburzeniami dokrewnemi. Uwagi o etjologji i patogenezie.

Z Kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: prof. K. Orzechowski.

Dokończenie.

Uwzględniając schorzenia wielogruczołowe, wikłające przy różnym udziale poszczególnych zespołów dokrewnych, różnem nasileniu ich objawów i ustosunkowaniu chronologicznem tak często przebieg myastenji, należy wymienić chorobę Basedowa. Obok pozornych »fragmentów« choroby Basedowa, odkrywanych u myasteników, jako małoznaczące znamiona ich neuropatycznej konstytucji, istnieją dość liczne spostrzeżenia niewątpliwie współistniejącej choroby Basedowa w myastenji, zebrane przez Tobiasa (1912). (U nas spostrzegali kombinację obu tych schorzeń Męczkowski i Jaroszyński). Ustosunkowanie rozwoju obu cierpień w czasie bywało przytem tego rodzaju, że albo Basedow poczynał cierpienie i później występowały objawy myastenji, lub poczynały się objawy obu chorób jednocześnie, albo też myastenia występowała wcześniej, Basedow zaś później. Dotąd nie notowano w literaturze pełnego obrazu thyreotoksykozy w przebiegu myastenji. Przypadek takiej kombinacji, odstąpiony mi przez prof. Orzechowskiego z jego praktyki prywatnej, podaję poniżej.

Przyp. III. Chora M., lat 35, wolna, w obserwacji od 18. XI. 1917 z przerwami do 16. X. 1919. Wywiady: Zawsze bardzo nerwowa. Od początku wojny datuje się obecna choroba, która przez pierwsze 2 lata objawiała się tem, że po irytacjach opadały jej powieki i że nie mogła dłużej pisać, bo bardzo rychło zawodził 3-ci palec i nie podtrzymywał stalówki. Mniej więcej w r. 1916 osłabienie przeszło powoli na górne kończyny tak, że nie mogła się czesać, i na kończ. dolne, mianowicie nie mogła wchodzić na schody. Od czasu do czasu zdarzały się krótkotrwałe stany »zaparcia« oddechu. Ostatnio zauważyła przy jedzeniu, że szczęka dolna opada. Wogóle objawy są zmienne; rano i po wypoczynku mało dają się we znaki. Perjody zawsze regularne. Stan przedmiotowy w pierwszym okresie spostrzegania: Asteniczna budowa, raczej małego wzrostu, pokład tłuszczu dość obfity. Waga 54·4 kg. Brak anemji. W narządach wewnętrzych, prócz serca, brak objawów chorobowych (Dr. L. Gluziński, Doc. Czernecki). Dość duże wole, składające się z trzech, dość dobrze dających się wyosobnić płatów, twardawe, z wybitnym szmerem naczyniowym, niebolesne przy ucisku, żyły nad niem rozszerzone. Serce od 3 żebra, linji środkowej do linji sutkowej, nad niem szmer skurczowy, najwyraźniejszy nad t. płucną, mniej nad mostkiem, najmniej nad koniuszkiem; t = około 110, łatwo uściskalne, miarowe, akcja serca burzliwa. Oczy nie wysadzone, brak Gräfego, Stellwaga, Dalrympla. Drżenie drobne palców rąk. Roentgenologicznie poza powiększeniem lewej komory, stosunki w śródpiersiu prawidłowe. Co kilka dni wzniesienia podgorączkowe, nie przewyższające 37.6. Bordet-Wassermann we krwi ujemny. Stan nerwowy: Stałe niedowłady zwieraczy powiek, mięśni pochylających głowę naprzód, obu naramiennych, zginaczy ud. Zaniki lekkie mm. nadgrzebieniowego i naramiennego lewego. Przy unerwieniu występują bardzo rychło porażenia myasteniczne, najwybitniej w dźwigaczach górnych powiek i prostownikach palców rąk. Mowa już po kilku słowach staje się nosową, coraz mniej wyraźną, wreszcie chora ją urywa z powodu braku tchu. Mimika twarzy z początku rozmowy prawidłowa, z czasem ulega zniekształceniu, mianowicie prawy kącik opada znacznie i wogóle wargi, poza przyśrodkową częścią wargi górnej, stają się nieruchome. Uśmiech ma w tej chwili typ uśmiechu pionowego, chora bowiem podciąga do góry część przyśrodkową górnej wargi, przy zupełnej nieruchomości reszty wargi i całej zresztą twarzy. Przypomina to ruch pyszczka świnki morskiej. Przy wyciągnięciu ramion przed siebie spostrzega się bardzo szybko opadanie palców, a bardzo rychło potem całych ramion. Chora z trudem siada, poczem już ani powtórnie usiąść, ani przewrócić się na boki nie może. Zrazu chodzi dobrze, po kilku krokach zaczyna się chwiać i grozi jej upadek. W tej chwili opada także głowa. Z tego powodu przez szereg miesięcy pozostawała w łóżku. Ze strony napięcia mięśniowego, odruchów, zborności, czucia, zmysłów, odruchów źrenic, zwieraczy pęcherza i kiszki stolcowej zmian nie stwierdzono. Na odczyn elektr. myasteniczny nie badano z powodu oporu chorej. W ciągu pierwszych miesięcy pobytu w sanatorjum stan chorobowy z małemi wahaniami utrzymywał się bez zmiany. Później jednak trwale się pogarszał. Niedowłady myasteniczne pojawiały się tak szybko, że chora nie była w stanie wykonywać nawet najprostszych ruchów, nie mogła się czesać, musiała być karmioną, wreszcie pojawiały się coraz częściej stany bezdechu, na szczęście krótkotrwałe. Równolegle z tem pogorszeniem stanu ruchowego pogarszało się tętno dochodząc stale do 120, a stłumienie serca przeszło na palec linję sutkową. Po wyczerpaniu najrozmaitszych środków, jak żelazo, arsen, strychnina, sole wapniowe i adrenalina na wewnątrz, w tym już niemal rozpaczliwym okresie zaczęto podawać chorej tyreoidynę Laokoona, początkowo po $1/_2$, potem po całej tabletce dziennie. Od tej pory rozpoczął się przełom w obrazie chorobowym, tętno spadło do 110, w ciągu dalszych 2-ch tygodni do 88, utrzymując się już odtąd stale na tej wysokości, serce powróciło do wymiarów prawidłowych, szmery ograniczyły się do lekko trącego szmeru na podstawie, ustąpił zupełnie dawny bardzo głośny szmer nad tarczycą, która wybitnie zmalała. Chora odzyskała w znacznej mierze sprawność ruchową, tak, że z czasem odważyła się na przechadzki dłuższe po ulicy, wyraźnych niedowładów nie było już można wykazać, trwale tylko pozostało myasteniczne nużenie się wargi górnej i jednego prostownika palca. W tym okresie poprawy, w 7-ym miesiącu pobytu w sanatorjum, wyjechała chora do domu. W rok potem powróciła z nawrotem nieco lżejszym tych samych zasadniczych objawów: powiększenia wola z wybitnym szmerem, powiększenia lewego serca ze szmerem skurczowym zastawkowym, przyśpieszeniem tętna w granicach 96—120, okresowemi stanami podgorączkowemi i porażeniami myastenicznemi, mniej nasilonemi niż poprzednio. Zachęceni powodzeniem leczenia poprzedniego, zastosowaliśmy obok bardzo małych dawek tyreoidyny ($1/_2$ tabl. dziennie), naświetlania roentgenowskie wola drażniącemi dawkami, z tym wynikiem, że do trzech tygodni uzyskaliśmy zupełne ustąpienie objawów tarczycowo-sercowo-myastenicznych. W tym okresie spostrzegania zaników mięśni naramiennego i nadgrzebieniowego już nie było. Odtąd chora prowadziła normalny tryb życia, w jesieni 1918 przebywała trudy i wzruszenia inwazji ukraińskiej, która ją wypędziła z jej majątku ziemskiego, wyszła z nich bez szwanku, ulegając ledwie zaznaczonemu nawrotowi myastenji z wiosną 1919. I teraz objawy szły w parze z pewnem zwiększeniem wola, ze szmerami nad tarczycą, skłonnością do stanów podgorączkowych i przyśpieszeniem tętna, 99—100. Powiększenia wymiarów serca, ani szmerów, poza tarciem osierdziowem, już nie stwierdzono. Znowu leczona małemi dawkami tyreoidyny i naświetlaniami tarczycy, wróciła niemal zdrowa do domu, bo tylko przy bardzo uważnem badaniu można było mieć pewne podejrzenie, że te same grupy mięśni, co dawniej, nużą się jeszcze trochę przedwcześnie. Według doniesienia Dra L. Gluzińskiego, jest chora obecnie od 3 lat zupełnie zdrowa.

U chorej tej nie można było, niestety, przeprowadzić badania elektrycznego. Mimo to rozpoznanie myastenji należy uważać za pewne, nawet gdyby odczyn myasten. elektr. wypadł był ujemnie, jak to zresztą w typowej myastenji czasem się zdarza. Obok objawów myastenji istniał też zespół objawów: wola, dającego szmery, przyśpieszenie tętna, wzmożenie czynności serca i względnej niedomykalności jego zastawek dwudzielnych. Na ścisłą wzajemną przynależność wszystkich objawów wskazywał fakt, że współcześnie one powstawały, wzmagały się i ustępowały, stanowiły więc nie przypadkowy zbiór objawów, a całość kliniczną, przyczynowo związaną. Wobec braku zasadniczych objawów choroby Ba-

---

[17]) »Le Temps« dziennik polit. z 22. maja 1924, str. 2.

sedowa, jakim jest wytrzeszcz i objaw Dalrympla, ze względu na zbitość utkania wola i przebieg przestankowo-nawrotowy sprawy nasuwalo się rozpoznanie rzadkiego przypadku czystej thyreotoksykozy. Ponadto różnił się ten przypadek od choroby Basedowa ograniczeniem się objawów właściwie tylko do sercowych, bo inne, tak częste w Basedowie, jak nadmierne łaknienie, chudnięcie, poty, objawy żołądkowo-kiszkowe, pigmentacje i t. p. brakowały. Pod jednym względem tylko obraz chorobowy nie dopełnia warunków, stawianych przez Chvostka rozpoznaniu thyreotoksykozy, nie znajdujemy tu bowiem przyczyny zakaźnej lub toksycznej. Jeśli jednak uwzględnimy, że istnienie zaburzenia toksycznego w myastenji jest conajmniej bardzo częste (gorączka, zaburzenia chemizmu ustrojowego, sprawności nerek i t. p.), to właśnie w niem doszukiwać się trzeba etjologji toksycznej nadczynności tarczycy naszego przypadku.

* * *

Jak już wyżej wspomniano, niemal wszyscy badacze myastenji przypisują doniosłe znaczenie w jej etjologji zaburzeniom aparatu dokrewnego wielogruczołowego. Obecnie, gdy długie lata znajomości obrazu myastenicznego pomnożyły materjał kazuistyczny, rozpatrując krytycznie notowane zaburzenia dokrewne, musimy przedewszystkiem stwierdzić, że w wielu przypadkach jednak żadnych zaburzeń ze strony gruczołów wewnętrznego wydzielania nie było. Tam, gdzie zaburzenia dokrewne istniały, stwierdzone klinicznie lub anatomicznie, występowały one najczęściej w postaci stanu grasiczo-limfatycznego, rzadziej choroby Basedowa lub thyreotoksykozy, jak w jednym naszym przypadku, najrzadziej w postaci zespołu jakoby osteomalatycznego, na co staraliśmy się w tej pracy zwrócić uwagę. Stwierdzano pozatem dość rzadko niedorozwój płciowy, wyjątkowo zmiany anatomiczne przysadki, i to wskazujące na nadczynność płatu tylnego, zamiast raczej oczekiwanego obrazu hypofunkcji (Tilney, Marinesco), domniemywano się zmian w nadnerczach i gruczołach przytarczycznych, istnienia jednych i drugich nikt jednak ściśle nie udowodnił. Zatrzymując się na rzeczach pewnych, więc na zespole grasiczo-limfat., hyperthyreotoksykozie i osteomalatycznym, trudno nam przypuścić, by one mogły być powodem myastenji, a to z następujących powodów: 1) zespoły te u różnych innych osobników nie wywołują myastenji, nawet gdy się kombinują ze sobą, co przecież nie należy do rzadkości; 2) myastenja występowała w pewnych przypadkach kombinowanych z Basedowem i osteomalacją przed niemi, a nie po nich; 3) zespoły te na tyle między sobą się różnią, że dość trudno zrozumieć by było, dlaczego raz prowadzi do myastenji zaburzenie wielogruczołowe istniejące przy osteomalatycznym obrazie, a kiedy indziej zaburzenie wielogruczołowe, bądź co bądź odmienne, jakie stwierdzamy w przypadkach Basedowa; 4) zaburzenia dokrewne mogą kłócić się ze sobą; obok nadczynności tarczycy, najczęściej spostrzeganej, notuje jednak Chvostek przypadek z obrzękiem śluzakowatym pierwotnym[5]).

Z tych powodów wydaje nam się w zgodzie z oczywistością faktów zapatrywanie, które zaburzeniom dokrewnym w myastenji przypisuje znaczenie objawów tylko współtowarzyszących, nie istotnych dla etjologji schorzenia mięśniowego. Stąd wysnuwa się bliski wniosek, że i myastenja i różne objawy dokrewne, które przy niej spostrzegamy, muszą mieć jedną wspólną lub pokrewną przyczynę i jednakowe lub bardzo podobne usadowienie w ustroju tej szkodliwości chorobowej, która obie grupy objawów, mięśniowe i dokrewne, wywołuje. Usadowienia tego musimy się doszukiwać w narządzie nerwowym i to nie w neuronach mózgo-rdzeniowych tego narządu, których zaburzenia nie dają objawów podobnych do myastenji (nad czem już Chwostek swego czasu obszernie się zastanawiał) i zresztą także nie tłumaczyłyby objawów dokrewnych. Przyczyna chorobowa, prowadząca do myastenji, musi być umiejscowiona w narządzie nerwowym wegetatywnym, co wyjaśniałoby przedewszystkiem objawy ze strony podległych temu narządowi i jego nierozdzielną zarazem część stanowiących gruczołów wewnętrznego wydzielania. Przy różnem nasileniu i różnem rozprzestrzenieniu ogniska chorobowego w układzie wegetatywnym mielibyśmy różne ustosunkowanie zmian myastenicznych i dokrewnych; przy ognisku chorobowem małem mogłyby być tylko objawy myastenji, przy braku zaburzeń wewnątrz-wydzielniczych. Ponieważ: 1) na ogół objawy wegetatywne w ścisłem znaczeniu słowa, więc takie, jak naczynioruchowe, wydzielnicze, odżywcze i t. p., nie należą w myastenji do częstych; 2) dotknięty bywa nieraz ogół mięśni prążkowanych; 3) zaburzenia dokrewne, o ile są obecne, dotyczą wcale często gruczołów dokrewnych, jednak w pewnej dość stałej kombinacji, dając to zespół grasiczo-limfatyczny, to tarczycowo-nadczynnościowy lub osteomalatyczny, — trudno z tych powodów doszukiwać się usadowienia zmian, będących tłem myastenji, w narządzie wegetatywnym obwodowym, raczej należy je usadawiać w narządzie ośrodkowym. Tutaj można przypuszczać tylko istnienie ogniska bardzo ograniczonego; taka zaś zmiana anatomiczna, niewielka, dająca jednak objawy chorobowe rozległe, może zachodzić wyłącznie w ośrodkach wegetatywnych najwyższego rzędu, więc prawdopodobnie w podwzgórzu (obu stron? [6]).

Przypuszczając, że istotę myastenji stanowi zmiana w pewnych ośrodkach podwzgórza, zmiana może tylko funkcjonalna w niektórych przypadkach uleczalnych i o wybitnych zwolnieniach w przebiegu[7]), prawdopodobnie zaś anatomiczna w pewnej grupie przypadków ciężkich, możemy sobie w różny sposób tłumaczyć mechanizm powstawania na tem tle zaburzenia myastenicznego. Może ono iść drogą zaburzenia przemiany materji, endogennego zatrucia. Tem by się tłumaczyło między innemi obniżenie sprawności wątroby (Kaufman, nasz przyp. I.), zaburzenia sprawności nerek, dość często obserwowane, odwapnienie ustroju, prowadzące do zespołu, w takim razie pseudoosteomalatycznego, wreszcie może limfocytozę krwi i nacieki limfocytarnem ięśni i narządów (Weigert, u nas Goldflam i Erlichówna), nawet przerost układu grasiczo-limfatycznego u konstytucjonalnie sposobnych do tego osobników. Przedewszystkiem jednak, co nas tu najwięcej obchodzi, czynnik endotoksyczny, działając na komórki mięsne, wywołaćby mógł ich wyczerpalność myasteniczną. Inne tłumaczenie musi liczyć się z faktem, że sarkoplazma włókna mięsnego prążkowanego ma własne unerwienie wegetatywne. Przytem następujące okoliczności przemawiają za tem, że prawdopodobnie właśnie sarkoplazma, a nie istota włókienkowa mięśni, jest zaatakowana w myastenji: 1) odmienność zaburzenia od wszelkich innych zaburzeń układu nerwowego, napewne nagabujących układ włókienkowy, 2) największe nasilenie objawów myastenji właśnie w mięśniach, zawierających najwięcej sarkoplazmy i najobficiej zaopatrzonych we włókna wegetatywne: dużych kadłuba i przykadłubowych, przepony i gałkoruchowych. Okoliczności te przemawiałyby za tem, że schorzenie pewnych ośrodków wegetatywnych mogłoby przenosić wadliwe pobudzenia po włóknach własnych wegetatywnych mięśni prążkowanych na ich część sarkoplazmatyczną, wywołując w ten sposób znamienny dla myastenji obraz wyczerpliwości. W myśl tego drugiego tłumaczenia, zaburzenia chemizmu ustrojowego, które spotykamy przy myastenji, mogłyby być nie przyczyną, a w pewnej mierze następstwem schorzenia sarkoplazmy, w której tak często zresztą stwierdza się zwyrodnienie tłuszczowe (Marburg).

---

[5]) W przypadku zaś Tobiasa z chor. Basedowa w przebiegu myastenji wystąpiła tężyczka. Ten jedyny przypadek kombinacji z tężyczką wystarcza, by podważyć opinję Chvostka, że nadczynność przytarczycowa odgrywa poważną rolę w powstawaniu myastenji.

[6]) O ile sądzić możemy z krótkiego sprawozdania, pomieszczonego w Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. T. 34 Z. 3, doszukuje się Bolten, w dziele p. t. »O wrodzonej pośledności układu sympatycznego«, tła myastenji w konstytucjonalnie małej odporności układu sympatycznego. Czy ściślej usadawia przypuszczalne miejsce schorzenia i jak sobie wyobraża B. mechanizm patogenezy, tego ze wspomnianego referatu nie dowiadujemy się.

[7]) W przypadkach tych osobników konstytucjonalnie sposobnych, mających słabo założony układ wegetatywny, — do tych należą grasiczo-limfatycy, infantyle, — mogą emocje grać rolę wybitną, jak to w patologji układu wegetatywnego tak często się zdarza, a czego przykładem jest, obok niewielu innych, także przypadek Koelichena i nasz przyp. I.

Zmiana funkcjonalna, czy anatomiczna ośrodków podwzgórza, która powoduje myastenję, może być tego rodzaju, że ośrodki te popadają w stan podrażnienia, albo upośledzonej czynności. Za hypotezą stanu podrażnienia, prowadzącego do myastenji, hypotezą, która zresztą raczej tłumaczyłaby wyleczalność pewnej grupy przypadków, przemawiałaby ta okoliczność w naszym przyp. I-ym, że strona syringomyeliczna chorego była mniej myasteniczną, co utrzymywało się wyraźnie przez cały czas obserwacji, pomimo, że właśnie po tej stronie były zaznaczone objawy piramidowe. Jak sekcja wykazała, jama niszczyła też rogi tylne lewej strony. Możnaby, opierając się na tem, co prawda jedynem odpowiedniem spostrzeżeniu, przypuszczać, że przez jamę w rogu tylnym ośrodki wegetatywne rdzenia pozbawione zostały połączeń swych z ośrodkami wyższego rzędu. Wskutek tego wadliwe pobudzenia z podwzgórza nie mogły po przez jądra wegetatywne rdzeniowe spływać na włókna wegetatywne (sympatyczne?) do sarkoplazmy mięśni prążkowanych. Dzięki współistniejącej jamistości stało się z ośrodkami sympatycznemi rdzenia to, co zresztą uzyskujemy na układzie sympatycznym obwodowym przez operacyjną sympatektomję Higiera.

Z praktyki.

Dr. Z. CZEŻOWSKA. Lwów.

O stosowaniu nowasurolu jako środka moczopędnego

Z Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr. Rencki.

W piśmiennictwie ostatnich dwu lat spotykamy szereg prac poświęconych badaniom nad nowasurolem, który w praktyce klinicznej znalazł szerokie zastosowanie, dzięki swym wybitnym własnościom moczopędnym.

Nowasurol, wprowadzony do lecznictwa przez firmę Bayer, jest złożonem organicznem połączeniem rtęci (Oxy-Hg-chlorfenoxyloctan sodowy z weronalem) o stosunkowo znacznej zawartości Hg, bo 0,033 gr w cm³.

Wprowadzony do ustroju wśródmięśniowo lub dożylnie w ilości 1,5 do 2,2 cm³, wywołuje u osobników zdrowych, jak wykazały badania Nonnenbrucha, Kulcke'go i innych, już po upływie ½—2 godzin mniej lub więcej obfitą diurezę utrzymującą się do 24 godzin. Działanie to występuje wybitniej przy obrzękach i obecności płynów przesiękowych w jamach surowiczych. Znacznej utracie wody towarzyszy silnie zwiększony wywóz NaCl drogą nerek.

Mechanizm tego działania diuretycznego, analogicznego zresztą do działania kalomelu, tylko szybszego i energiczniejszego, być może dzięki lepszej rozpuszczalności środka, nie został dotychczas należycie wyświetlony.

Istotę jego stanowi mobilizacja wody i soli kuchennej z tkanek, przyczem jedni z autorów, jak Nonnenbruch i Kulcke punkt zaczepienia widzą w tkankach, inni, jak Mühling przenoszą go na nerki. Być może, że oba czynniki odgrywają tu rolę.

Krótkotrwałe działanie nowasurolu tłumaczy się szybkiem wydaleniem tegoż z ustroju drogą nerek. Zdaniem większości autorów w przypadkach upośledzenia sprawności nerek, bądź skutkiem spraw chorobowych, bądź skutkiem ucisku mechanicznego od zewnątrz n. p. przy obecności dużych ilości płynu w jamie brzusznej, przychodzi do przedłużenia diurezy. Jest ono wynikiem zatrzymania rtęci w ustroju, czemu towarzyszy często pojawienie się objawów zatrucia.

Stany zapalne nerek, ostre lub przewlekłe, marskość nerek, stanowiłyby więc przeciwwskazanie do stosowania nowasurolu, narówni z charłactwem i stanem gorączkowym (Saxl i Heilig). Obecność nefrozy lub nerki zastoinowej nie wywołuje zazwyczaj niepożądanych objawów ubocznych.

Korzystne działanie nowasurolu opisywano również w przypadkach obrzęków nefrotycznych, jak i przy obecności płynu w brzuchu w przypadkach *cirrhosis hepatis* lub *carcinomatosis peritonei.* Natomiast wysięki jam surowiczych nie wykazywały przeważnie zmniejszenia (Kollert, Géronne, Kulcke) przy nieznacznie tylko wzmożonej diurezie.

Spostrzeżenia uczynione w przeciągu ostatnich dwu lat przy stosowaniu nowasurolu u szeregu chorych klinicznych, potwierdzają naogół przytoczone powyżej dane z piśmiennictwa.

Wskazania nasze ograniczaliśmy przedewszystkiem do przypadków obrzęków zastoinowych (czy to skutkiem niewyrównanych wad zastawkowych czy chronicznych zmian w mięśniu sercowym) i to takich, które pod wpływem stosowania naparstnicy i środków moczopędnych z grupy ciał purynowych nie wykazywały wzmożenia diurezy. Wychodziliśmy przytem z założenia, że stosowanie ciała, zawierającego tak znaczny odsetek rtęci, nie jest dla ustroju rzeczą obojętną, jak świadczyły względnie często (w 30% przypadków) występujące, mniej lub więcej wyraźne objawy zatrucia, w postaci zmian na błonie śluzowej jamy ustnej i biegunek. Opieraliśmy się pozatem na spostrzeżeniach Kulckego, który stwierdził, że wyniki przy stosowaniu nowasurolu były korzystniejsze, o ile poprzedzało je podawanie środków nasercowych.

Nowasurol stosowaliśmy wyłącznie wśródmięśniowo, wstrzykując naraz w okolicę pośladka 1,5 do 2,2 cm³. Znaczniejszych odczynów miejscowych w postaci nacieków nie spostrzegaliśmy — niekiedy uskarżali się chorzy na rwące bóle w miejscu wstrzyknięcia, utrzymujące się nie dłużej nad 24 godzin. Co do odczynu ogólnego, to u jednej tylko chorej wystąpił w kilka godzin po injekcji dreszcz z następową podwyżką ciepłoty do 39°, utrzymującą się przez kilka godzin. Wstrzykiwaniom poddawali się chorzy naogół chętnie, zachęceni szybkiem i wydatnem wzmożeniem się diurezy i związaną z ustępowaniem obrzęków, poprawą ogólnego stanu.

Działanie moczopędne występowało zazwyczaj już w krótki czas (½ godziny lub godzinę) po wstrzyknięciu i osiągało po kilku godzinach maximum nasilenia. Ilości moczu oddanego w przeciągu 24 godzin wynosiły 2.000 do 4.500 cm³, u niektórych chorych przewyższały ośmiokrotnie dobową ilość moczu z dnia poprzedniego. W przeciwieństwie do podawanych w piśmiennictwie spostrzeżeń, musimy stwierdzić, że prawie u 50% naszych chorych działanie moczopędne przedłużało się poza 24 godzin; ilości moczu oddanego w przeciągu drugiej doby, były jednak zazwyczaj bez porównania mniejsze. U kilku chorych zauważyliśmy notowany dość często fakt przyzwyczajenia się do nowasurolu, tak, że każda następna injekcja wywoływała efekt coraz słabszy. Po dłuższej przerwie w stosowaniu, działanie stawało się ponownie energiczne.

Ilość wstrzykiwań ograniczaliśmy zazwyczaj do czterech lub pięciu, starając się później podtrzymać osiągnięty skutek przez podawanie środków łagodniejszych n. p. teocyny.

Wyniki przy stosowaniu nowasurolu u chorych z obrzękami zastoinowemi były naogół dodatnie. Jedyny przypadek, gdzie nie osiągnęliśmy żadnego efektu dotyczył chorej z bardzo znacznemi zmianami w mięśniu sercowym i upadkiem ogólnego krążenia, która w kilka dni później zmarła.

Nowasurol stosowaliśmy również z dodatnim wynikiem u chorych z zanikową marskością wątroby. Miarą osiągniętego efektu może być fakt, że u chorej, u której przed stosowaniem wstrzykiwań koniecznem było wypuszczanie płynu z jamy brzusznej w odstępach 8—10 dniowych, nie potrzebowaliśmy przy podawaniu 2,2 cm³ nowasurolu co 6 lub 7 dni, uciekać się przez dwa miesiące do tego zabiegu. Zwiększenie diurezy u tej chorej utrzymywało się zazwyczaj przez trzy doby, co tłumaczy się wspomnianem wyżej mechanicznem upośledzeniem sprawności nerek wskutek ucisku.

Nieznaczne tylko wzmożenie się diurezy spostrzegaliśmy u chorego z wysiękowem zapaleniem jam surowiczych; wysięk po kilkakrotnych wstrzykiwaniach nie wykazywał zmniejszenia.

Jak już wspomniano wyżej, mimo troskliwego badania sprawności nerek, w dość znacznym odsetku przypadków zjawiały się, bądź po pierwszej, bądź po kilku injekcjach, mniej lub więcej wyraźne objawy zatrucia rtęciowego. Troskliwe pielęgnowanie jamy ustnej, zwiększenie odstępów między wstrzykiwaniami i ewentualne zmniejszenie dawki, pozwalało nam usuwać niepożądane objawy nie przerywając toku leczenia.

Dr. A. NADEL. Lwów.

Ostre zapalenie nerek po airolu.

Z oddziału skórno-wenerycznego P. Szpitala we Lwowie.
Prym. dr. Świątkiewicz.

Już pierwsze prace o bizmucie w leczeniu kiły przynoszą wzmianki o ubocznem działaniu tego środka. Sazerac i Levaditi opisują zapalenie jamy ustnej i rąbek bizmutu, szereg prac późniejszych autorów donosi o odczynowem zapaleniu w miejscu zastrzyku, o gorączce do 40°, dreszczach, zmianach barwikowych na błonie śluzowej jamy ustnej, nekrozie dziąseł, bólach głowy, ogólnem osłabieniu, zaburzeniach żołądka, bólach mięśniowych; ponadto zauważono zmniejszenie się ilości hemoglobiny we krwi, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, żółtaczkę, toksyczne uszkodzenie nerek; również spotykano pojedyńcze przypadki osłabienia mięśni, osłabienia mięśnia sercowego, zawrotów głowy, zapalenia nerwu ocznego, ostrego zapalenia opon rdzeniowych. Ze zmian na skórze opisano lekkie formy pokrzywki, aż do ciężkich zapaleń skóry typu zapaleń po stosowaniu rtęci. Z pośród zmian psychicznych i nerwowych zauważono depresje psychiczne, niepokój motoryczny, zmiany czuciowe, objawy, będące prawdopodobnie następstwem zatrucia wprost ośrodków centralnych. Opisano również nieliczne przypadki reumatyzmu, połączonego z obrzękami, bez zawartości białka w moczu. Clement, Simon i Bralez opublikowali przypadek śmiertelnej *meningomyelitis* po bizmucie, Magnus śmierć po śródżylnem zastrzyku wismulenem. Te wszystkie przypadki każą nam nie zapominać, że bizmut — w jakiemkolwiek połączeniu się go choremu aplikuje — jest środkiem, mogącym wywołać poważne zaburzenia i że należy go stosować z wielką ostrożnością, tak pod względem dawkowania, jakoteż pod względem wyboru chorych.

Poniżej chcę przytoczyć zauważony przezemnie przypadek ostrego zapalenia nerek, który z tego względu zasługuje na szczególną uwagę, że zmiany nerkowe wystąpiły już w samych początkach leczenia bizmutem, a więc o kumulacji środka nie mogło być jeszcze mowy, powtóre, że w piśmiennictwie ostatnich 3-ch lat nie znalazłem przypadku ostrego zapalenia nerek z typowemi obrzękami. W relacjach większości autorów o powikłaniach nerkowych, występujących w czasie leczenia bizmutem, znajdujemy białkomocz, cylindrurję, przybłonki nerkowe, czerwone i białe ciałka krwi. Zwyczajnie objawy te ustępywały po zaprzestaniu leczenia bizmutem. Neuendorff opisuje 4 przypadki toksycznego uszkodzenia nerek po stosowaniu bismogenolu ze zmianami w postaci białkomoczu, wałeczków ziarnistych, przybłonków nerkowych, czerwonych ciałek krwi. Najcięższy przypadek miał wymioty, biegunkę, oligurję, 1‰ białka. Obrzęków nie było. Clement Simon przytacza również przypadek ostrego zapalenia nerek po zastrzyku bizmutu z białkomoczem, bólami lędźwiowo-brzusznemi, oligurją, lekkim napadem uraemji. Również i w tym przypadku obrzęków nie było. Autor sam zresztą uważa ten przypadek za kiłowe zapalenie nerek ze względu na to, iż po ustąpieniu powyższych objawów chory doskonale znosił leczenie tym samym środkiem.

Naszego chorego leczyliśmy airolem (*Bismuthum oxyjodogallicum)*, wprowadzonym do leczenia kiły przez Nicolau'a i Blumenthala. Autorowie ci stosowali w swoich przypadkach 2% zawiesinę oleistą airolu »Roche«, zastrzyki wykonywali co 2-gi względnie 3-ci dzień śródmięśniowo. Ogólna ilość zastrzyków wynosiła u mężczyzn 10—12, u kobiet 8—10. Opierając się na doświadczeniach Giemsy, według którego *dosis tolerata* bizmutu u zwierząt wynosiła 0,007 gr na 1 kg, stosował Kauczyński z oddziału skórnego kobiecego prym. Leszczyńskiego we Lwowie 12% zawiesinę airolu w *ol. sezami*. Chorym ponad 60 kg wstrzykiwał 2 cm³ tej zawiesiny co 2-gi dzień, chorym poniżej 60 kg co 3-ci dzień. Ogólna ilość zastrzyków wynosiła 20—30 w czasie jednego leczenia. Mimo tych stosunkowo wysokich dawek bizmutu w porównaniu z dawkami, stosowanemi przez Nicolau'a i Blumenthala, zauważył u swoich 57 chorych tylko nieliczne przypadki śladów białka, które ustępowało już po kilkudniowej przerwie. U naszych chorych w liczbie przeszło 50-ciu, stosowaliśmy również 12% zawiesinę, białkomocz mogliśmy jednakże między 8—12 zastrzykiem bardzo często zauważyć. Nie jest wykluczone, że nerki u mężczyzn przedstawiają z powodu częstszego nadużywania alkoholu *locus minoris resistentiae*. Cięższych uszkodzeń nerkowych mimoto do niedawna nie zauważyliśmy.

Poniżej przytoczona historja choroby, jakoteż wspomniany częsty białkomocz skłania nas jednak do zmniejszenia na przyszłość koncentracji zawiesiny jakoteż do zmniejszenia ilości zastrzyków.

St. S., lat 25, robotnik. W sierpniu 1922 r. owrzodzenie na członku, leczone tylko miejscowo. Obecne objawy od 3-ch tygodni.

St. praes.: Na skórze tułowia i kończyn wysypka kiłowa drobnoguzkowa, równocześnie wysypka plamista. Na żołędzi resztki wrzodu pierwotnego. SR dodatnia.

6. VII. 1924 otrzymuje chory 2 cm³ 12% zawiesiny airolu w *ol. olivar.* Poprzednio zbadaliśmy mocz chorego, nie znajdując składników nieprawidłowych. Chory zresztą żadnych chorób poważniejszych, w szczególności choroby nerkowej nie przechodził. W ciągu następnych 3-ch dni po zastrzyku badany mocz chorego nie wykazywał żadnych zmian patologicznych.

9. VII. 2-gi zastrzyk 2 cm³ airolu. Nazajutrz spostrzegamy u chorego lekki obrzęk powiek przy zupełnie dobrem samopoczuciu chorego. Badanie moczu wykazuje ślady białka. Nimo natychmiastowego odstawienia środka i zaprzestania w ogólności wszelkiego leczenia, rozwija się w dniach następnych typowy obraz zapalenia nerek.

12. VII. mamy następujący obraz: twarz cała chorego, kończyny dolne i moszna mocno obrzękłe, obrzęk silny powłok brzusznych, *ascites*. Tony sercowe głuche. Tętno napięte. Serce w granicach prawidłowych. Ciepłota 38,8°. Mocz*): ciężar gatunkowy 1,025, białko 2‰. Badanie osadu: liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nieliczne ciałka białe, przybłonki nerkowe. Leczenie: djeta, leżenie, kąpiele, środki moczopędne.

16. VII. Obrzęki niezmienione. Ciepłota 37,3—37,9°. Ilość białka 4‰.

17. VII. Ciepłota 37,1°, ilość białka 12‰! (Mimo ostrego zakazu chory zjadł potrawę mięsną, jak później stwierdziliśmy).

18. VII. Białko 4,5‰. Ciężar gatunkowy 1,021. (Gwałtowny spadek ilości białka z powodu dokładniejszego przestrzegania djety przez chorego). Ciepłota 36,5. Obrzęki niezmienione.

Ilość moczu chorego przez cały czas nieznacznie odbiegała od normy (700—800 cm³ na dobę); zgadza się to ze spostrzeżeniami Nicolau'a i Blumenthala.

19. VII. Ciepłota 36,2°. Białko 2‰. Obrzęk twarzy cofa się. Ilość moczu około 4 litry na dobę.

20. VII. Białko 0,5‰. Chory oddaje 5 l. moczu. Obrzęki się cofają.

22. VII W moczu tylko ślady białka. Osad: nieliczne wałeczki szkliste, nieliczne c. białe i przybłonki.

23. VII. Białko nieobecne. Lekkie tylko obrzęki.

29. VII. Obrzęki zupełnie ustąpiły. Białko nieobecne. Chory oddaje około 1,5 litra moczu na dobę.

Celem stwierdzenia, czy w danym przypadku nie mieliśmy do czynienia z kiłowem zapaleniem nerek, zastrzykujemy choremu rozpuszczalny preparat bizmutowy.

30. VII. otrzymuje chory 1 cm³ luatolu (bizmutowinian sodowo-potasowy) śródmięśniowo. Ponieważ reakcja białkowa nie następuje, wracamy do starego leku, sądząc, że chory tym razem medykament dobrze będzie znosił.

1. VIII. 2 cm³ airolu śródmięśniowo. Nazajutrz w moczu wielkie ilości białka, utrzymujące się przez okres 9-cio dniowy.

11. VIII. Białko nieobecne. Po ponownym zastrzyku airolu powtarzają się znowu wielkie ilości białka w moczu. Teraz jesteśmy pewni, że chory nie znosi airolu; zapalenie nerek na tle kiły możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem wykluczyć.

Po zupełnem ustąpieniu objawów nerkowych stosujemy u chorego rtęć w postaci *Hg salicyl.* 10%; niestety i tego środka chory niedobrze znosi. Ślady białka zjawiają się w moczu jako wyraz zwiększonej obecnie wrażliwości nerki po przebytej intoxykacji bizmutowej. Objawy kiłowe w międzyczasie prawie zupełnie ustąpiły. Dalsze leczenie chorego zależeć będzie od tego, jakie środki przeciwkiłowe będziemy mogli choremu podawać, bez wywołania zbyt silnej reakcji ze strony nerek.

Wykład kliniczny.

Dr. A. MUSIAŁ. Lwów.

Gruźlica oka.

W gruźlicy ocznej spotykamy się z temi samemi obrazami klinicznemi co przy gruźlicy w innych narządach ustroju.

*) Analizę moczu wykonał uprzejmie WP. Profesor Hołobut.

Mamy więc wysięki, nacieki, owrzodzenia, gruzełki, serowacenie a wreszcie bujanie gruźlicze, zwłaszcza z naczyniówki. Bramą wejścia jest albo otoczenie oka, n. p. lupus, albo szerzyć się może drogą krążenia chłonnego, lub krwionośnego. Z otoczenia spotykamy się z gruźlicą powiek, spojówki, a nawet rogówki, chociaż i w tych miejscach może powstać gruźlica drogą krwi, jak to doświadczalnie u zwierząt wykazał Stock. Czy w głębszych częściach oka może powstać gruźlica od zewnątrz, co do tego zdania są podzielone. Nieuszkodzona spojówka ma stanowić ochronę przed wtargnięciem prątka do wnętrza oka. Najczęściej powstaje na drodze krążenia krwionośnego, mimo, że nie jesteśmy w stanie wykazać nigdzie w ustroju pierwotnej sprawy. Wtórne zakażenie oka zdarza się najczęściej przy ostrej gruźlicy, jednak także niezbyt często.

Co do częstości gruźlicy oka, to wedle Rokitańskiego na 14000 chorych gruźliczych nie widział jej ani razu, Hirschberg na 60.000 12 razy, Mules ma 30.000 jeden raz, Machek na 40.000 3 razy (iritis). Na 773 wyłuszczeń gałki ocznej z różnych powodów wedle Köstera 5 dotyczyło gruźlicy. Może ona atakować wszystkie składowe części gałki ocznej. Co się tyczy wieku chorych, to najczęściej spotykamy się z gruźlicą oka w wieku dziecięcym i w czasie pokwitania. Wedle Hippla na pierwsze 10 lat wypada 9,9% na drugie 47,7%.

Co się tyczy rozpoznania gruźlicy oka, to niezawsze z samego obrazu klinicznego jesteśmy w stanie ustalić rozpoznanie.

Pewne natomiast rozpoznanie możemy postawić dopiero po wykluczeniu innych spraw chorobowych, a przedewszystkiem *lues*, która najczęściej daje zmiany zapalne w oku, a co najważniejsze stwierdziwszy prątki w danem ognisku. Pomocną w rozpoznaniu może być próba tuberkulinowa, jeśli po wstrzyknięciu dostaniemy odczyn ogólny a przedewszystkiem miejscowy, jednak odczyn miejscowy niezawsze możemy otrzymać. Wreszcie do utrwalenia rozpoznania możemy się posługiwać szczepieniem podejrzanego materjału do przedniej komory królika, lub otrzewny śwince morskiej. Wynik dodatni potwierdza, ujemny jednak nie wyklucza gruźlicy. Dla celów rozpoznawczych wstrzykujemy 1 mlgr tuberkuliny podskórnie między łopatki. W przypadkach dodatnich dostajemy podniesienie ciepłoty ponad 37° C utrzymującej się do 12 godzin; jeśli niema wzniesienia, to po dwóch dniach dajemy podwójną dawkę, można dojść nawet do 5 mlgr. U dzieci należy stosować znacznie mniejsze dawki, od 0,1—0,5 mlgr. Obok odczynu ogólnego może wystąpić miejscowy, objawiający się silnem nastrzykaniem oka, przekrwieniem tęczówki, mogą wystąpić złogi na tylnej ścianie rogówki, nacieki, zmiany w naczyniówce, nawet gruzełki. Dlatego tam, gdzie jesteśmy pewni rozpoznania, odczynu tuberkulinowego stosować nie należy, gdyż sprowadzić może pogorszenie.

Lepiej natomiast posługiwać się daleko prostszym i łatwiejszym sposobem podanym przez Pirqueta, powszechnie znanym odczynem skórnym zwłaszcza u dzieci, albo wreszcie miejscowym Moro lub Mantou. Nadto wspomnieć wypada o miejscowym odczynie Calmette'a dawniej stosowanym i Wolff Eisnera, a polegającym na wkraplaniu do worka spojówkowego rozczynu 1—2% tuberkuliny. Odczyn ten występuje w przeciągu 3—5 godzin po zapuszczeniu, ażeby po 6—10 godz. osiągnąć szczyt działania przyczem występuje stan zapalny oka od najlżejszego aż do znacznego obrzęku powiek, spojówki, a nawet wydzieliny prawie ropnej. Występuje 70—80% osobników gruźliczych. Tylko wynik dodatni ma pewne znaczenie. Nadto u niegruźliczych może wystąpić silne zapalenie, które w niektórych przypadkach było przyczyną nawet utraty oka U osób, które dawniej przebyły zapalenie może, powodować znaczne pogorszenie; sposób ten obecnie zupełnie zaniechany.

Serodjagnostyka, jako zbyt zawiła, nie nadaje się dla celów rozpoznawczych.

Z gruźlicą oka, jak już wspomniałem spotykamy się rzadko, o ile zaś, to najczęściej w pierwszem lub drugiem dziesięcioleciu i to najczęściej ze zmianami w tęczówce lub naczyniówce. Cechą charakterystyczną dla zmian gruźliczych oka a dla tęczówki przedewszystkiem, brak silnych objawów zapalnych, objawów podmiotowych takich, jakie spotykamy przy zapaleniu tęczówki innego pochodzenia. Nadto przebieg długotrwały. Upośledzenie widzenia jest nieraz jedynym objawem, który skierowuje chorego do lekarza.

Pomijając wszystkie obrazy kliniczne schorzeń tęczówki pochodzenia gruźliczego, przechodzę do zmian, jakie rzadko spotykamy w naczyniówce, polegających na bujaniu gruźliczem w głębi oka z następowem powiększeniem gałki i wzmożeniem ciśnienia śródocznego, przedstawiając odpowiedni przypadek kliniczny.

Uczeń gimnazjalny ze Lwowa, lat 18, Br. B. podaje: Od kilku tygodni zauważył, że mu coś zasłania w oku prawem przy patrzeniu w dal od wewnątrz i od góry, a obecnie widzi połowiczo. Badanie zewnętrzne wykazuje: Spojówka oka prawego nastrzykana wycinkowo w miejscu mięśnia prostego zewnętrznego, w odległości 4 mm od brzegu rogówki. Pozatem spojówka prawidłowa. Przedni odcinek gałki ocznej bez zmian, źrenica oddziaływa bezpośrednio, jak i współczulnie zupełnie dobrze. Soczewka bez zmian. Również ciałko szkliste. Wziernikiem tarcza nerwu wzrokowego prawidłowa. Na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego w odległości 1½ tarczy od nerwu wzrokowego, w plamce żółtej, widzimy guz, wielkości najmniej 4 tarcz, barwy szaro sinej, dość ściśle odgraniczony, wysoki na 15 dioptr. Naczynia na brzegu guza, załamując się, przechodzą na guz, na którym są widoczne, nie są ciemne, ani też pokręcone i nie wykazują ruchów falujących. Prześwietlanie gałki ocznej lampą Sachsa ujemne. Bystrość wzroku oka pr. $\frac{1}{60}$, szkła nie poprawiają. Oko lewe prawidłowe. Pole widzenia oka pr. ścieśnione. Znaczny ubytek od góry wewnątrz. Wassermann jak i Pirquet ujemny. Płuca bez zmian (Klinika lekarska). Badanie krwi jakościowe i ilościowe prawidłowe. Chory pozostawał jakiś czas w klinice, poczem go wypisano do obserwacji ambulatoryjnej, gdyż na razie nie było wskazania do jakiegokolwiek zabiegu. Po kilku dniach leczenia ambulatoryjnego wystąpiły objawy zapalne, silne nastrzykanie rzęskowe, choremu zaproponowano przyjęcie do kliniki, wspominając o możliwości wyjęcia oka. Jakto często bywa w takich przypadkach, chory się nie zgodził na pozostanie w klinice. Dopiero po miesięcznem leczeniu u kilku lekarzy w mieście zgłosił się celem wyjęcia oka. Stan oka wówczas następujący: Gałka oczna w całości powiększona, spojówka gałkowa silnie przekrwiona, rogówka mniej czuła, matowa, komórka przednia nadzwyczaj płytka, na dnie komórki krew na 1¼ mm. Tęczówka na powierzchni wykazuje liczne krwotoki i rozszerzenia naczyń, brzegiem źreniczym przyrośnięta do torebki soczewki. Źrenica wąska, nierówna, założona szarą wypociną. Dno oka nie prześwieca. Bystrość wzroku = O. Napięcie gałki ocznej wzmożone. Dnia następnego dokonano wyłuszczenia gałki ocznej w znieczuleniu miejscowem. Po wyłuszczeniu okazało się, że gałka oczna jest znacznie powiększona walcowato, w linji szpary powiekowej. Powiększenie to dotyczyło zwłaszcza strony zewnętrznej gałki (skroniowej). Różnica wynosiła 6—7 mm.

W przypadku tym można było myśleć o dwu sprawach: albo o nowotworze gałki, albo rozległych zmianach gruźliczych, wychodzących z naczyniówki. Z nowotworów w tym wieku można było myśleś o glejaku lub mięsaku. Glejak jednak występuje znacznie wcześniej, początek z warstwy ziarnistej siatkówki, przebieg zwykle szybki; w przypadku tym guz pod siatkówką wykluczał glejaka. Mięsak zwykle ciemno zabarwiony, jeśli wychodzi z naczyniówki, a co najważniejsze, przy guzach brak objawów zapalnych w tęczówce, komora przednia płytka, źrenica raczej szeroka, tęczówka najczęściej zanikła. Ciśnienie śródgałkowe wzmożone i to dość znacznie, zwłaszcza w okresach późniejszych. W przypadku tym jedynym objawem napięcie i to nieznacznie powiększone. Raczej trzeba było myśleć, że mamy do czynienia ze stanem zapalnym w jagodówce ze znacznym wysiękiem. Za tem przemawiało: stan zapalny gałki, krwotok w przedniej komórce, stan zapalny w tęczówce, przyczepiny tylne, wypocina w obrębie źrenicy, a wreszcie powiększenie gałki ocznej i wzmożenie ucisku, a co znów przemawiało przeciw gruźlicy oka, w przypadkach takich zwykliśmy widzieć zmniejszenie ucisku śródocznego i skłonność do zaniku oka.

Wspomnieć jeszcze muszę o nastrzykaniu zewnątrz gałki ocznej, wycinkowem, w miejscu usadowienia się sprawy chorobowej początkowo w naczyniówce. Zdarza się ono często bardzo wcześnie, gdy nawet wziernikiem nie można

stwierdzić żadnych objawów, i to jako nastrzykanie ograniczone, lub tylko jako zastoina kilku naczyń gałki ocznej. Jest ona wynikiem ucisku i zastojû w krążeniu. Przed kilku laty spostrzegałem przypadek chorej w wieku podeszłym, w którym jedynym objawem były dwa naczynia rzęskowe przednie grube, w miejscu mięśnia prostego dolnego, na dnie żadnych zmian. Dopiero po miesięcznej obserwacji stwierdziłem szary guzek wychodzący z ciałka rzęskowego w miejscu owych zgrubiałych naczyń, co późniejsza sekcja oka potwierdziła, jak i badanie histologiczne (mięsak brunatny). Badanie histologiczne naszego przypadku wykazało: »Rozległe zserowacenie, gruźlica« (Zakład Anatomji patologicznej).

Co do postępowania leczniczego przy gruźlicy ocznej, to musi ono być różne, zależnie od umiejscowienia sprawy chorobowej, następnie od tego, czy mamy do czynienia z gruźlicą pierwotną, czy też wtórną. Przy gruźlicy powiek, lub spojówki powiekowej, najprędzej możwa osiągnąć dobre wyniki drogą operacyjną, wcześnie usuwając zajęte części. Przy ograniczonem zajęciu spojówki również dobre wyniki daje przyżeganie laseczką azotanu srebrowego (Bednarski). W przypadkach daleko posuniętej gruźlicy w innych narządach, przy równoczesnem zajęciu gałki ocznej należy być bardzo ostrożnym z wyłuszczaniem gałki ocznej, a to z uwagi na łatwość wystąpienia zapalenia opon mózgowych. Natomiast tam, gdzie stwierdzamy gruźlicę oka pierwotną, a oko jest ślepe, tam postępowanie powinno być radykalne, aby niedopuścić do zakażenia ustroju. Co do leczenia miejscowego, niektórzy radzą stosować 2% guajakol, roztwór Kreodylu (Daviev), Hetol (Vosilus), jodoform do przedniej komory. Może największe uznanie przy leczeniu gruźlicy zdobyło sobie zastosowanie energji promiennej, jako naświetlania, zapomocą radium, mezotorium, lampy kwarcowej. Nieraz wprost przypadek powoduje znaczną poprawę przy gruźlicy. Mam tu na myśli przypadek obserwowany w ambulatorjum kliniki lwowskiej, u panienki, u której stwierdziliśmy gruzełkową postać gruźlicy tęczówki oka lewego. Gruzełki zajmowały całą tęczówkę w liczbie ponad dwadzieścia. Chorą tę przedstawiono studentom jako rzadki przypadek przy oswietleniu ogniskowem lupą Vestien-Zehendera przez pół godziny. Naświetlanie tylko zwykłą lupą olbrzymią wpłynęło tak korzystnie, że w kilku dniach gruzełki uległy zupełnemu wessaniu, pozostały nieznaczne przyczepiny tylne. Przypadek ten leczony swoiście byłby uważany niewątpliwie za najlepszy wynik tegoż leczenia.

Leczenie tuberkuliną Kochowską nie znalazło większego zastosowania w okulistyce. Dopiero wprowadzenie tuberkuliny *R* i emulsji bakteryjnej znalazło dzięki Hipplowi (1904 r.) rozległe zastosowanie, tak dla celów rozpoznawczych, jak przedewszystkiem leczniczych. Leczenie takie przeprowadza się przez długi czas aż do zupełnego ustąpienia objawów zapalnych, przyczem należy pamiętać, ażeby nagle leczenia nie przerywać. Przy końcu leczenia, należy robić dłuższe przerwy, pomiędzy wstrzyknięciami.

Co do działania tuberkuliny chodzi nam nie o zniszczenie prątków samych, gdyż na te ona nie działa, ale o spowodowanie stanu zapalnego w otoczeniu ogniska i doprowadzenie następowo do wessania i zbliznowacenia, podobnie jak przy gruźlicy w innych narządach.

Oceny i sprawozdania.

Henryk Hilarowicz. **Zasady znieczulania miejscowego.** Zarys praktyczny dla lekarzy i studentów medycyny. Z 12-ma rycinami w tekście, Str. 65. Z przedmową prof. Dr. H. Schramma.

Wielką zaletą tej książeczki jest to, że autor opierał się na własnem doświadczeniu przy wyborze i opisie metod znieczulania miejscowego; wskutek tego podane są metody dobrze na licznym materjale klinicznym wypróbowane, opisy jasne, dla lekarza-praktyka łatwo zrozumiałe; dzięki temu książeczka ma doniosłe znaczenie, gdyż może zachęcić do szerszego zastosowania znieczulania miejscowego w wypadkach, gdzie dotychczas stosowano uśpienie, często zbędne, a nawet nieraz dla chorego nie obojętne. Jako część pracy bardzo praktyczną, uważam zestawienie zastosowania i łączenia najważniejszych sposobów znieczulania miejscowego, umieszczone na końcu książeczki. Przedmowa profesora Schramma, którego asystentem jest autor, niewątpliwie trafi do przekonania niejednemu z lekarzy, którzy do tej pory zbyt mało stosowali znieczulenie miejscowe.

Tadeusz Ostrowski (Lwów).

Dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt, prof. Uniw. Wileńskiego. **Zarys higjeny dla studentów, lekarzy, inżynierów i urzędników Zdrowia Publicznego.** Cz. I. Nakładem Księgarni Józefa Zawadzkiego w Wilnie, 1924.

Ochrona życia i zdrowia pracowników przemysłowych: Nr. 1. Walka z kurzem w przemyśle. Wilno 1924 r. (Józef Zawadzki).

Ukazał się w handlu księgarskim zeszyt 1., pierwszego polskiego podręcznika higjeny, stojącego na poziomie uniwersyteckim. Dotychczas miejsce takiego podręcznika zajmowało tłumaczenie dzieła Flügge'go, jednakże tłumaczenie było nieświetne, a dzieło samo nie uwzględniało naturalnie naszych rodzimych stosunków. Zresztą i to dzieło uległo już przed kilku laty wyczerpaniu; podręcznik Kopczyńskiego Higjeny Szkolnej, który niedawno się ukazał, przedstawia tylko pewen dział higjeny, a bardzo rozpowszechniona książeczka M. Biehlerowej, jak również inne popularne wydawnictwa nie mogły zaspokoić potrzeb świata lekarskiego, ani wystarczyć celom nauczania uniwersyteckiego.

Lukę tę wypełni podręcznik Karaffy-Korbutta, dzieło, które, jak z wydrukowanej dotychczas części I. wnosić można, nietylko dorówna w zupełności podobnym wydawnictwom zagranicznym, lecz pod niejednym względem wiele ich prześcignie. Podręcznik K. K. cechuje jasność wykładu, systematyczne ujęcie każdego z omawianych działów, ścisłość definicji, zwięzłość w przedstawianiu przedmiotu z należytem podkreśleniem rzeczy ważniejszych. Autor uwzględnia też, gdzie tylko można, stosunki polskie. Dzieło wykazuje cechy indywidualne autora, zaznaczające się zwłaszcza w ogólnym planie podręcznika.

Zeszyt I., który dotyczczas się okazał, obejmuje krótki wstęp, przeważnie historyczny, część I. t. j. Zasady Statystyki sanitarnej i część II. Odżywianie. Część I. obejmuje 101 str. druku. Tak rozległe traktowanie statystyki jest pewnego rodzaju innowacją w tego rodzaju dziełach, tak obszernie nie zajmują się statystyką, zwłaszcza jej teorją, nawet duże, wielotomowe podręczniki zagraniczne. Można wątpić, czy ogół czytelników odniesie z tego działu korzyść proporcjonalną do pracy, jaką w nią autor włożył, tembardziej, że operuje on tam bardzo często matematyką wyższą, a większa część czytelników nie będzie mieć do zrozumienia jego wywodów należytego przygotowania. Może lepiej byłoby dział ten opracować obszerniej, jako osobną monografję, a w podręczniku potraktować nieco zwięźlej?

Natomiast część II. opracowuje dział niezmiernie ważny, mianowicie przemianę materji i odżywianie, uwzględniając zarówno rzeczy od dawna znane, jak też wyniki badań nowszych. Witaminom poświęca autor 4 strony druku. W części tej znajdujemy cały szereg interesujących tablic; do najciekawszych należy tablica XX., zestawiająca przeciętnie dzienne racje żywnościowe rozmaitych klas ludności w Polsce z takiemiż w innych państwach. Część tę ilustrują nieliczne ryciny, z których jedna przedstawia rozmaite ziarna skrobi (autor woli bardziej popularne wyrażenie krochmal), inne przedstawiają najważniejsze pasorzyty spotykane w mięsie.

Język książki jest poprawny, ze słownictwem miał autor niemało trudności, gdyż na wiele pojęć nie mamy jeszcze ustalonych wyrażeń. Wybrnął z nich naogół zupełnie poprawnie, unikając tworzenia nowych wyrazów, szukając ich raczej w pracach innych autorów polskich; tu i ówdzie razi używanie wyrażeń obcych tam, gdzie przyjęły się już od dawna wyrazy swojskie, np. binom zamiast dwumian.

Z upragnieniem wyglądać będą czytelnicy ukazania się dalszych zeszytów dzieła, które wśród polskiego piśmiennictwa lekarskiego zajmie niewątpliwie jedno z pierwszych miejsc.

Równocześnie wydaje prof. K. K. szereg drobnych bro-

szur z zakresu higjeny pracy. Ukazał się zeszyt pierwszy, omawiający walkę z kurzem w przemyśle, w sposób zwięzły i wyczerpujący zarazem. Spodziewać się należy, że broszurki prof. K. K. rozpowszechnią się o tyle, by mogły wpłynąć dodatnio na stan zdrowia klas pracujących wśród szkodliwych warunków. *Gieszczykiewicz* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Zeitschrift für Urologie.

T XVIII. — 1924. — Nr. 1.

W. Nyiri, K. Presser i A. Weintraub. **Wartość kliniczna metody Ambardowskiej badania czynności nerek.**

Autorowie zajęli się sprawą klinicznej wartości metody Ambarda, która ma wielu zwolenników, ale i dużo przeciwników.

Opierają się na materjale 100 przypadków wewnętrznego oddziału szpitala na Wiedeniu, a więc na materjale schorzeń nerek obustronnych. Przytaczają najpierw formułkę, która powstała właściwie z dwóch praw Ambardowskich:

I. Wydzielanie mocznika w moczu (D) przy stałem jego stężeniu w moczu (C), jest wprost proporcjonalne do kwadratu ilości mocznika w surowicy krwi. (Ur).

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D}}.$$

II. Przy jednakowem stężeniu mocznika we krwi, są wydzielania mocznika w moczu (D) odwrotnie proporcjonalne do drugiego pierwiastka stężenia mocznika w moczu (C);

$$D_1 : D_2 = \sqrt{C_2} : \sqrt{C_1}.$$

Ambard połączył oba te prawa, a przyjąwszy normalne stężenie mocznika w 1 litrze moczu 25 gr, doszedł do ostatecznego wyniku:

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{\frac{D\sqrt{C}}{5}}},$$

w który wstawione szczegółowe wartości dają normalne K = 0,06 do 0,08.

Autorowie wykazują następnie na podstawie piśmiennictwa i własnych doświadczeń, zmiany stałej Ambardowskiej przy rozmaitych patologicznych stanach, w których działały wpływy pozanerkowe. I tak spada ona w gorączce, może zaś wypaść za wysoko przy braku wyrównania niedomogi sercowej; przy włókniaku macicy, zwężeniu odźwiernika; przy gruźlicy płuc zaś rozmaicie, podobnie po punkcji puchliny brzusznej. Przy obfitej w sól djecie jest stała małą, przy ubogiej w sól jest K duże.

Następnie przechodzą autorowie do właściwego swego tematu, jaką wartość kliniczną ma metoda Ambarda i zaznaczają, że uniknęli niektórych błędów, ponieważ dokładnie opróżniali pęcherz i zbierali całodobową ilość moczu. Technika ich doświadczeń była podobną prawie całkiem do oryginalnej techniki Ambarda. Najpierw poddali badaniu zdrowe nerki i tu otrzymali wartości o 0,02 mniejsze lub większe od Ambarda, a to tylko jako następstwo błędów technicznych. Przy chorych nerkach zaś uzyskali 3 możliwości: 1. K niskie, (0,06—0,08) i tu nerki były mimo odmiennych objawów klinicznych, anatomicznie zdrowe. 2. K wysokie (ponad 0,15), tu autopsja wykazała ogromne zmiany w nerkach. 3. K między 0,09 a 0,15, to były przypadki z lekkiem schorzeniem anatomicznem nerek. Z tego widać, że tylko K ponad 0,15 daje pewność ciężkiego zniszczenia nerek a) więc zachwiania bilansu mocznikowego.

Na podstawie swych licznych doświadczeń dochodzą autorowie do sądu, że metoda Ambarda jest cennem uzupełnieniem i pogłębieniem innych badań czynnościowych nerek, bo uwzględniając wahania K (0,06—0,15), podane już i przez Ambarda, jako normalne, można razem z innemi metodami dojść do doskonałego i pewnego rozpoznania w sprawie tak ważnej, jak ocenienie wartości nerek. *Ginsberg* (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 kwietnia 1924 r.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 126.

1. Kol. Lenartowicz przedstawia i omawia szczegółowo 2 przypadki **Hydroa vacciniformis Barin** z których jeden dotyczył dziewczynki 10-cio letniej drugi kobiety 26-cio letniej. Gdy w przypadku pierwszym zmiany na skórze rozpoczęły się w pierwszych latach dzieciństwa, jak zwykle, drugi jest w tem ciekawy, że wbrew zwykłemu przebiegowi, pierwsze objawy na skórze pojawiły się dopiero przed 4-ma laty a nawroty od ąd z każdą wiosną stale się powtarzają.

2. Kol. Markowa pokazuje chorą St. B, 39 l. **z zarośnięciem pochwy i po operacji z powodu ciąży.** Chora, mieszkająca na prowincji, przebyła tamże 9. VIII. 1921 r. poród kleszczowy, którego wynikiem było nieżywe dziecko i rozległe obrażenia pochwy. Obrażenia te spowodowały zarośnięcie pochwy i z powodu dolegliwości, pozostających w związku z tem zarośnięciem, chora udała się do Krakowa do kliniki poł.-ginekologicznej. W ciągu r. 1922 była tamże operowana. Zabieg operacyjny, wykonany dwuczasowo, miał na celu odzyskanie drożności pochwy. Gdy chora opuszczała klinikę, menstruowała prawidłowo. Dyspareunia wysokiego stopnia utrzymywała się jednak nadal. W 1923 r. chora zastąpiła i jakkolwiek poinformowaną była o swym stanie przez lekarzy, postanowiła poród odbyć w domu.

Postanowienie to mogło istotnie doprowadzić do katastrofy, albowiem rozpoczęły się bóle, odeszły wody, a poród oczywiście nie następował. Wystąpiły dreszcze, podniesienie ciepłoty i dopiero teraz ulegając namowom otoczenia chora, wśród porodu, udała się do Krakowa. Klinika położniczo-ginekologiczna skierowała ją do Państw. szkoły położnych, dokąd też przybyła 6 III. w nocy. Badanie ustaliło: Rodząca, ciepłota 37.7, tętno 110. Wody odchodzą. Płód żyje. Przez pochwę wyczuwa się ślepo kończący się kanał długości jednego członu palca. Na jego szczycie szczelina, do której wchodzi główka zgłębnika. Tędy wyciekają wody.

Co do losu płodu nie było wątpliwości: należało i można go było wydobyć jedynie przez cięcie cesarskie. Szło jednak o macicę. Jakkolwiek hołdujemy w położnictwie kierunkowi jak najbardziej zachowawczemu, musiałam się zdecydować na usunięcie macicy poza innemi już względami, z 2 najbliżej leżących powodów. Stan chorej świadczył o będącem w toku zakażeniu, a stan pochwy spowodowałby lochiometra. Wykonałam więc po wydobyciu płodu wycięcie macicy ponadpochwowe, o sączkowaniu przez pochwę nie było mowy, sączkowałam więc i kikut od strony jamy brzusznej. Chora i dziecko, obydwoje zdrowi, opuszczają oddział.

3. Kol. doc. Artwiński przedstawia 4 chorych **z porażeniem postępującem, leczonych zimnicą.** U wszystkich tych chorych leczenie to dało wynik zupełnie zadowalniający, gdyż uzyskano całkowitą zdolność do pracy zawodowej, a badanie serologiczne wykazało wybitną poprawę płynu mózgo rdzeniowego:

4. Kol. Spira (jun.) przedstawia 2 **preparaty ropni mózgu:** a) W pierwszym przypadku chodziło o przewlekłe zapalenie ucha środkowego lewego, zapalenie ropne wyrostka sutkowego, zakrzep zropiały w zatoce esowatej i ropnicę. W kilka dni po zabiegu (operacja doszczętna, podwiązanie żyły szyjnej wewn., szerokie otworzenie zatoki) wystąpiły objawy ogólne ropnia mózgu: apatja, senność, złe samopoczucie, lekka afazja amnestyczna. Zabiegu nie można było wykonać z powodu ciężkiej komplikacji płucnej, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Obdukcja wykazała ropień wielkości jaja kurzego w lewym płacie skroniowym. Uderzającym był zupełny brak objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego mimo tak wielkich rozmiarów ropnia. b) W drugim przypadku chodziło o chłopca 15 l. z przewlekłem ropieniem ucha środkowego prawego i przytem bóle głowy, dreszcze, wymioty, ciepłota 39.0 tętno 80, apatja, senność. Przy operacji odsłonięto średnią jamę czaszkową i nakłuto, potem nacięto mózg w kilku miejscach — z wynikiem ujemnym. Po czterech dniach: lekki niedowład nerwu twarzowego lewego, osłabienie ruchowe kończyn lewych, tętno 58. Nakłucie lędźwiowe dało płyn jasny, przeźroczysty. Wobec tego nacięto mózg jeszcze w 2 miejscach; przy rozszerzaniu rany korncangą wypłynęło 2—3 łyżek ropy gęstej, cuchnącej. Poprawa; po 6 dniach nagle zapalenie ropne opon mózgowych; zejście śmiertelne.

S. omawia trudności leczenia pooperacyjnego z powodu łatwego zatrzymania się ropy w jamie mózgowej, zwłaszcza gdy wydzielina staje się gęstszą; decydującą rolę odgrywa tu drenaż. Na klinice otiatr. używa się grubego drenu, owiniętego cienką warstwą gazy; gaza ta działa jak sito i chroni otwory drenu przed zatkaniem okruchami mózgu.

5. Kol. doc Oszacki wygłasza odczyt p. t. „**Dotychczasowe doświadczenia własne z insuliną**" (z pokazami na zwierzętach). Rzecz przeznaczona do druku.

W dyskusji kol Blassberg zaznacza, że Widal wraz ze współpracownikami ogłosili podobne spostrzeżenia, dowodzące dyssocjacji i niestosunku między odrębnem zachowaniem się cukru i ciał ketonowych pod wpływem działania insuliny. Albowiem ciała ketonowe o wiele rychlej, silniej i dłużej podlegają działaniu insuliny aniżeli cukier. Sądzi, że przytoczona obserwacja była zbyt krótkotrwała i nie wystarczająca dla wyciągania wniosków o wyższości jednej stosowanej insuliny nad drugą, tem-

bardziej, że w bardzo krótkich odstępach czasu u jednego i tego samego chorego zmieniano różne przetwory insuliny. Słabe występowanie objawów reakcji hypoglikemicznej u królików potwierdzaćby mogło co najwyżej znany fakt, że dotąd nie udało się całkiem ściśle określić t. zw. „jednostki" insuliny. Dlatego też Chabanier inaczej określa jednostkę swojej insuliny niż Amerykanie, a niektórzy autorowie określali tę jednostkę na myszach. Ta niepewność miary spowodowała, że niektórzy klinicyści jak n. p. Strauss, radzą rozpoczynać leczenie insulinowe drobnemi dawkami próbnemi, dla uchronienia się przed nieobliczalna reakcją indywidualną. Co do działania ubocznego miejscowego insuliny Richtera, to B. stosując tę właśnie insulinę wspólnie z dr. Joffem i Liwszycem na oddziale prym. Krokiewicza w Szpitalu Św. Łazarza nie stwierdził nigdy żadnego ubocznego działania miejscowego. W. Orłowski: badania mówcy są poważnym przyczynkiem do wyjaśnienia działania insuliny w cukrzycy Niestety, leczenie insuliną jest drogie, nie wszędzie i nie zawsze dostępne i czasami niebezpieczne w razie nagłego odstawienia insuliny. Wobec tego O. przedkłada leczenie djetetyczne, ograniczając leczenie insuliną tylko do przypadków, w których bez niej istotnie obejść się nie można. Z metod leczenia djetetycznego w ciężkich przypadkach cukrzycy z przecukrzeniem krwi ponad 0,11% O. poleca szczególnie gorąco metodę Petrèna, polegającą na podawaniu dużej ilości tłuszczów (do 25 30 dkgr dziennie) oraz zielonych jarzyn z ograniczeniem białka do minimum bez niedożywiania chorego; metodę tę stosuje z dobremi wynikami klinika medyczna U J.

W dyskusji zabierali jeszcze głos kol. Wasserberżanka i prelegent.

Sekretarz Dr. *Pawlas*.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 29 lutego 1924.

1. Kol. Szaniawski pokazał chorą, **wyleczoną naświetlaniem lampą kwarcową**: na miejscu gruczołów na szyji są obecnie blizny.

2. Kol. Stawnicki odczytał pracę: **„O rozpoznawaniu kiły mózgu"**. Mówca na podstawie bieżącego piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń omówił wyczerpująco kliniczną stronę sprawy, zaznaczając jej liczne postaci oraz cechy, ułatwiające rozpoznanie.

W dyskusji przemawiali kol. Konar, Batawia i Rożkowski.

3. Kol. Heyman odczytał **sprawozdanie z konferencji sanitarnej w Warszawie** (w m grudniu 1923 r.) z dr. Etienne Burnet z Instytutu Pasteura w Tunisie.

4. Kol. Konar odczytał pracę: **O stosowaniu szczepionek doustnie"**. W pierwszej części referatu omówił rolę kiszek w wchłanianiu drobnoustrojów, określił różnicę między miejscową odpornością kiszek i ogólną ustroju, opisał ciekawe zjawisko gastro- i enterotropizmu drobnoustrojów.

W drugiej części referatu mówca opisał szereg doświadczeń na zwierzętach i ludziach przy dousInem stosowaniu szczepionek przeciw tyfusowi, paratyfusowi, czerwonce, cholerze, gruźlicy, bakterjom ropnym i błonicy — i w końcu przyszedł do wniosku, że szczepienie doustne jest metodą wskazaną w niektórych chorobach, lecz przy dzisiejszym stanie rzeczy nie daje ono gwarancji w uzyskaniu odporności. Trzeba w tym kierunku nadal pracować, zbierać ściśle dane statystyczne, porównując je z innemi metodami, należy stosować tę metodę przy czerwonce, gdzie szczepienie podskórne jest niemożliwe z powodu bolesności i wytwarzania się często zgorzeli (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy Koniecpolski, Rożkowski i mówca. Kol Rożkowski podnosi doniosłość sprawy, omówionej przez mówcę, ze stanowiska zarówno teorji, jak i praktyki. Strona teoretyczna otwiera nowe poglądy na odporność ustroju i podważa znaczenie niweczników, uważanych za niezbędne dla otrzymania odporności uznajemy rzecz nową — odporność narządów (enterotropizm neurotropizm) osiąganą w inny sposób i odgrywającą dużą rolę. Być może, w przyszłości będziemy zmuszeni dla otrzymania odporności ustroju posługiwać się tym narządem, który posiada powinowactwo do danego zarazka.

5. Kol. Zakrzewski w wyniku głosowania przyjęty na członka Towarzystwa lek.

Sekretarz *K. Łokczewski*.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 marca 1924 r.

1. Przewodniczący kol. Rożkowski wygłosił przemówienie, poświęcone pamięci prof. Alfreda Sokołowskiego.

2. Kol. Rożkowski wygłosił odczyt: **Zespół Parkinsonowski w następstwie letargicznego zapalenia mózgu i jego anatomo fizjologiczna podstawa«**.

Na wstępie podał charakterystykę ogólną zaburzeń ruchowych układu pozapiramidowego i opisał różnicę między niemi a zaburzeniami piramidowemi. Sztywność mięśni, przy braku przykurczeń i zaników oraz drżenie mięśniowe, spostrzegane często w następstwie zapalenia letargicznego mózgu, przypominają najzupełniej drżączkę porażenną, czyli chorobę Parkinsona. Prelegent poddaje szczegółowemu rozbiorowi obydwa stany chorobowe, rozważa podobieństwa ich i różnice pod względem etjologicznym, objawowym, rokowniczym — i dochodzi do wniosku, że być może drżączka porażenna jest tylko zespołem objawów o swoistem podłożu anatomicznem. Tem podłożem jest schorzenie ciała prążkowatego, jąder podwzgórkowych oraz wychodzących stąd t. zw. torów pozapiramidowych.

Prelegent opisuje szczegółowo nowy podział ciała prążkowatego: ciało blade (*globus pallidus*) i łupinę (*putamen*) i ich połączenia: pokazuje na rysunkach szematycznych przebieg neuronu pozapiramidowego. Ostatnią część wykładu poświęcił mówca funkcji sarkoplazmy, unerwionej zgodnie z poglądem prof. Orzechowskiego przez układ pozapiramidowy. (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali kol. Okuszko, S. Kon i prelegent.

3. Mag. Szydłowski odczytał pracę: **„Stan obecny przemysłu chemiczno-farmaceutycznego w Polsce"**. Mówca omówił przeszkody, jakie napotykają w swoim rozwoju poszczególne działy tego przemysłu z powodu nieraz braku celowej opieki ze strony władz rządowych — zaznaczył w zakończeniu niewątpliwy postęp i lepszą przyszłość dla wielu działów przemysłu chemiczno-farmaceutycznego u nas.

Uroczyste posiedzenie w dniu 6 kwietnia dla uczczenia 50-lecia pracy zawodowej mag. Edmunda Nowaka.

Przemawiali prezes kol. Rożkowski, mag. Szydłowski, kol. Łokczewski i Jubilat. Kol. Rożkowski uwydatnił ideową pracę Jubilata oraz poczynania, mające na celu podniesienie u nas poziomu wykształcenia przyszłych aptekarzy. (Przemówienie kol R. druk w Wiadomościach farmaceutycznych). Mag. Szydłowski omówił zasługi Jubilata dla zawodu farmaceutycznego, kol Łokczewski — zasługi na polu społecznem. Jubilatowi wręczono adres pamiątkowy.

Sekretarz *K. Łokczewski*.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie ogólne w dniu 15 kwietnia 1921 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Kol. An. Wojnarowska wygłasza rzecz p. t. **„O leczeniu gruźlicy t. zw. pierwotną metodą Ponndorfa, a w szczególności gruczołów śródpiersiowych u dzieci"**. Metoda, znana w piśmiennictwie od r. 1914 polega na śródskórnem wprowadzeniu tuberkuliny do ustroju chorego na gruźlicę, przez co, jak twierdzi jej wynalazca, stwarzamy filtr, ochraniający ustrój od zbyt silnych odczynów. Powierzchnię skóry 6—8 cm² skaryfikuje się powierzchownie, następnie wciera się w to miejsce 2—3 krople tuberkuliny starej Kocha. Otrzymujemy odczyn trzech stopni: 1) zaczerwienienie, 2) wystąpienie perełkowatych pęcherzyków wzdłuż zadrapań skóry, 3) martwicę. Ponndorf operuje prawie wyłącznie odczynem 3 stopnia. Mówczyni przeprowadzała leczenie jedynie odczynami pierwszego stopnia, powtarzając je częściej i w zwiększanej ilości. Wyniki szczególniej u dzieci w schorzeniu gruźliczem gruczołów śródpiersiowych były dobre i do dalszego stosowania zachęcające.

W dyskusji kol. Chmielewski przyłącza się do optymistycznego poglądu mówczyni. Metody leczenia przez skórę zasługują na poparcie. Leczenie to nie chroni od powikłań, które prawdopodobnie miała i prelegentka. Przy leczeniu tuberkuliną można obserwować poprawę w ciągu 2—3 miesięcy, a jednak po powrocie do pracy sprawa postępuje czasami szybko Ch. uważa, że metoda Ponndorfa jest ryzykowniejsza od innych metod.

Kol. Sobieszczański uważa, że Ponndorf przecenia swoją metodę. Zastrzykiwania śródskórne są czynniejsze. Chlorek sodu w ilości 0,3 zastrzyknięty śródskórnie powoduje zapalenie nerek. Po oparzeniu po kilku miesiącach stwierdzano u chorych gruźlicę. S. zapytuje, czy metoda nie dała mówczyni wskazówek, jakie jest działanie tuberkuliny, toksyczne, czy też przez system nerwowy.

Kol. Bączkiewicz zwraca uwagę na to, że przebieg gruźlicy różny pod względem anatomicznym i klinicznym niesłusznie przypisywany jest jedynie lasecznikowi. Mamy do czynienia z żywym ustrojem, w którym działają różne czynniki, między niemi i dziedziczność. Zanim znaliśmy tuberkulinę, walczyliśmy z gruźlicą i nawet dość skutecznie, stosując leczenie klimatyczne.

W odpowiedzi kol. Wojnarowska wyjaśnia, że przed rozpoczęciem leczenia metodą Ponndorfa przeprowadza próbę Pirquet'a i o ile próba daje wynik ujemny, nie stosuje metody Ponndorfa. W sanatorjum leczyli ciężkie przypadki omawianą metodą. Otóż w tych przypadkach raczej szkodzono ustrojowi, a nie otrzymywano wyników dodatnich. W. stosując leczenie metodą P., kieruje się podmiotowem wrażeniem i, o ile nie ma wrażenia dodatniego, po 2—3 odczynach przerywa leczenie. Metody Morro Petruschkyego W. uważa za zbyt słaby bodziec: ciężkich przypadków ambulatoryjnie nie leczy. Działanie metody Ponndorfa objaśnia teorją Ehrlicha.

II. Kol. L. Jelenkiewicz wygłasza wykład p. t. **„Zgłębnikowanie dwunastnicy"**.

W dyskusji 1) kol Filiński stwierdza, że trudno określić gdzie znajduje się oliwka, gdyż wszystkie próby kontroli są niepewne. Wydzielinę z oliwki otrzymujemy raz przeźroczystą, to znowu mętną, nawet metoda Roentgena nie jest w stanie wykazać, gdzie znajduje się oliwka; najlepiej przed prześwietleniem wstrzyknąć powietrze. Dotąd nie można twierdzić napewno, skąd pochodzi żółć jasna, skąd ciemna. Mówca przytacza przykład, gdzie po podaniu roztworu siarczanu magnezu przed ope-

racją otrzymano żółć ciemną, a pęcherzyk, jak się okazało na operacji, był przepełniony ropą: to znowu otrzymano żółć ciemną w przypadku, gdzie pęcherzyk był usunięty przed 16 laty. Wątroba odgrywa rolę w wytwarzaniu ciemnej żółci pod wpływem pewnych substancji. Stwierdzenie składników nieorganicznych w otrzymanej żółci jest rzeczą rzadką. Większe znaczenie ma drobnowidzowe badanie żółci, niż stwierdzenie ciałek ropnych; nabłonek trudno różniczkować. Siarczan magnezu przyśpiesza prąd żółci przechodzącej i może wypchnąć ciałka ropne. Próba z siarczanem magnezu może dać korzyść — ujemny odruch nic nie znaczy; w dodatnim zaś odruchu, jeżeli spotykamy ciałka ropne w I żółci, to przemawia to za zmianami w dwunastnicy; w II żółci obecność ciałek ropnych przemawia za zmianami w drogach żółciowych; obecność ciałek ropnych w 3-ej żółci świadczy o schorzeniu pęcherzyka żółciowego. Mówić o plejochromji żółci nie można, gdyż żółć miesza się i zmienia. Wykrycie barwików żółciowych, kwasów żółciowych, cholesteryny będzie miało znaczenie dla kliniki. Kol. Rutkowski J. sprawdzał na ekranie u siebie samego, gdzie znajduje się oliwka. Przy przesuwaniu się zgłębnika tworzą się pętle. Żółć B. ciemna pochodzi z pęcherzyka. W ostatnich czasach podczas operacji dokonywali nakłucia pęcherzyka i zawsze otrzymywali żółć zabarwioną na ciemno. Kol. Citronberg zauważa, że, jeżeli ciemna żółć powstaje wskutek zagęszczenia, to powinna zawierać więcej azotu, jako składowej części barwików i soli żółciowych, otóż w niektórych przypadkach ciemna żółć zawiera więcej azotu w innych natomiast połowę tego azotu, co zawiera jasna żółć. Zwierzętom wstawiano zgłębnik do dwunastnicy, następnie podawano siarczan magnezu i po otwarciu jamy brzusznej drażnono pęcherzyk żółciowy, nie otrzymywano jednak treści pęcherzyka żółciowego.

Kol. Janowski zaznacza, że zgłębnikowanie dwunastnicy nie może z natury warunków anatomicznych dawać wyników tak pewnych i prostych, jak zgłębnikowanie miedniczek nerkowych. Stanowi ono jednak niewątpliwy postęp w metodyce klinicznej i nie będzie mogło być w przyszłości w pewnych przypadkach zaniechane, n. p. kliniczne stwierdzenie t. zw. plejochromji żółci wymagać będzie zawsze tej metody badania. Następnie tylko tą metodą da się niewątpliwie ustalić zupełna niedrożność przewodu żółciowego głównego, gdyż, jak tego dowodzi przypadek kol. Jelenkiewicza, zupełne odbarwienie kału możliwe jest nawet przy normalnej drożności dróg żółciowych. Również badania kliniczne nad zawartością urobiliny w żółci w różnych stanach chorobowych wogóle i w cierpieniach wątroby nie będą mogły obyć się bez zgłębnikowania dwunastnicy. Stwierdzenie w żółci dwunastniczej piasku wapniowego, bilirubinowego, względnie złogów cholesteryny rozstrzygać będzie w trudnych przypadkach rozpoznawczych sprawę na korzyść kamicy żółciowej. To samo dotyczy wyraźnej zawartości ropy w treści dwunastniczej. Należy mniemać, że przy dalszem wyrobieniu techniki badania grać będzie nadto rolę w rozpoznawaniu cierpień trzustki i t. d. Jak zawsze, tak i teraz opierać się jednak można tylko na danych wyraźnych pod względem liczbowym, o ile idzie o stopień stężenia żółci, oraz na zestawieniu zdobytych tą drogą danych z otrzymanemi zapomocą innych metod klinicznych. Kol. Zawadzki uważa, że w sprawach chorobowych, jakie chirurdzy otrzymują, zgłębnik daje małe wyniki. Otrzymanie ropy nie jest miarodajne, z drugiej zaś strony zgłębnikowanie dwunastnicy może dać nieszczęśliwe wyniki n. p. w przypadku, gdzie wrzód dwunastnicy zrośnięty jest z trzustką, która stanowi jego ścianę, najmniejszy uraz w tym przypadku może wywołać silny krwotok. Spotyka się pęcherzyki z uchyłkami, z zarośnięciem przewodu żółciowego, gdzie nawet ucisk na pęcherzyk palcem nie wywołuje wydalenia żółci. Kol. Zaorski przypomina, że przy badaniu dwunastniczem w żółci B. znaleźli ropę i na tej podstawie rozpoznali zapalenie pęcherzyka żółciowego, na operacji jednak stwierdzono brodawczaka pęcherzyka żółciowego. Uniknąć niebezpieczeństw można, o ile będzie się pamiętało o wszystkich możliwych powikłaniach.

Kol. Jelenkiewicz w odpowiedzi podaje, że w jednym przypadku kryształy widoczne były gołem okiem. Stwierdzenie plejochromji żółci jest rzeczą trudną i należy uwzględnić cały szereg zastrzeżeń. Żółć jest miarą rozpadu czerwonych ciałek krwi, plejochromja stwierdza ten rozpad. Badania omawiane mają znaczenie w żółtaczkach hemolitycznych i stanach pokrewnych. Mówca nie może się zgodzić z Zawadzkim, że badanie dwunastnicze nie ma znaczenia, gdyż może ono stwierdzić sprawę zapalną pęcherzyka, lub niedrożności przewodów żółciowych. Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie kliniczne w dniu 29. kwietnia 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

I. Kol. Krzemiński przedstawia a) chorego z pseudosclerosis, b) chorego z wieloogniskowem stwardnieniem rdzenia (*sclerosis disseminata*).

II. Prof. Loth przedstawia **modele różnych narządów**, wykonanych z masy lekkiej i trwałej w Zakładzie Anatomji Opisowej U. W.

Z cyklu wykładów w sprawie kamicy żółciowej.

III. Prof. E. Loth wygłosił rzecz p. t. „**Podłoże anatomiczne**".

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski*.

XXI. Zjazd Chirurgów polskich

we Lwowie w dniach 10., 11., 12. lipca 1924 r.

VI. Posiedzenie.

Asesorami byli: Wardyński (Ostrowiec), Zaorski (Warszawa).

46. Schramm H. **Zranienie nerki i tętniak urazowy tętnicy nerkowej.** Przedstawienie preparatu i omówienie bardzo rzadkiego, bo drugiego w literaturze powszechnej przypadku znanego, tętniaka tętnicy nerkowej po ranie kłótej w okolicy nerki. S. musiał tętniaka wyjąć razem z nerką, bo worek tętniaka dochodził do samej aorty i trzeba było otwór łączący z aortą zlączyć szwami materacowemi, trzypiętrowemi. Dalszy przebieg u bardzo niedokrewnego chorego był dobry. (Będzie ogłoszone obszernie).

Rozprawy:

Sokołowski. Zdaje sprawę o analogicznym przypadku, w którym preparat uzyskano na sekcji, samoistnego pęknięcia tętniaka tętnicy nerkowej wskutek miażdżycy tętnic i marskości obu nerek. Chory zmarł tuż po przybyciu na oddział.

47. Butkiewicz T. **Opadnięcie nerki i jego leczenie operacyjne.** Przemieszczenie lub opadnięcie nerki, jedno lub też obustronne, jest czasem trudne do rozpoznania obmacaniem, chyba jedynie pyelografją i tem może należy tłumaczyć małe niekiedy zainteresowanie się tym przedmiotem wielu chirurgów. Praca B. opiera się na 62 własnych przypadkach, bez wypadku śmiertelnego, operowanych przyszyciem i umocowaniem nerki we właściwem miejscu, po obłuszczeniu torebki. Usunięcie wyrostka robaczkowego, często wykazującego zmiany wskutek zaburzeń w krążeniu krwi w jamie brzusznej, spowodowanego przemieszczeniem nerki i leczenie również często istniejącego opadnięcia jelit, następowało jednocześnie. Wskazanie do przyszycia nerki dają zaburzenia w czynności samej nerki, żołądka, kiszek, dróg żółciowych, spowodowanych opadnięciem nerki. Przeciwwskazanie stanowią: zaburzenia układu nerwowego i opadnięcie jelit, w stosunku do których opadnięcie nerki nie jest częścią całości. Operacja umocowania nerki daje około 80% wyleczeń trwałych, a śmiertelność nie przekracza 1%.

Rozprawy:

Bar ą cz: Radby usłyszeć wyjaśnienia co do samej techniki umocowania nerki przemieszczonej.

Kiełkiewicz: Przy przemieszczeniu nerki spotykał z objawów: stałe bóle, krwiomocz, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe lub ze strony wyrostka robaczkowego. K. operował zwykle (24 przyp.) sposobem Albarrana, przywiązując obłuszczoną nerkę katgutem do żebra.

Leśniowski: Przypomina sposób umocowania nerki podany przez siebie, by wykluczyć możliwość obrażenia miąższu nerkowego.

Lipski Klaudjusz: Radzi przy objawach żołądkowych a rzekomem opuszczeniu nerki, badać starannie również i żołądek i postąpić wedle potrzeby.

Butkiewicz: Operuje według nieco zmienionego sposobu Fedorowa. Sposób Leśniowskiego nie daje możności utrzymania nerki na potrzebnej wysokości i nie wyklucza możliwości nachylenia się nerki ku tyłowi lub przodowi i wymaga dwóch operacji, co jest bardziej skomplikowane. Częściowa zaś dekapsulacja nie jest wielkiem uszkodzeniem nerki.

48. Kiełkiewicz J. **Leczenie chirurgiczne narządów płciowych u mężczyzn.** Zmiany chorobowe z najczęstszem ogniskiem w nasieniowodzie lub najądrzu, należy, jako pierwotne ogniska, zasadniczo usunąć, nim zakażenie drogami chłonnemi przejdzie do najbliższego odcinka a stąd dalej ku górze lub dolowi, lub uogólni się.

W woreczkach nasiennych lub sterczu przychodzi do zmian ciężkich dopiero późno. K. opiera swoje wnioski na 51 przypadkach operowanych a wyniki są następujące: gruźlica narządu płciowego u mężczyzn powinna być leczona chirurgicznie; zmiany obustronne nie stanowią przeciwwskazania do zabiegu, ale trzebienie powinno być zabiegiem najmniej wykonywanym.

49. Wojciechowski A. **Wolne przeszczepianie sieci — badania doświadczalne.** Wszczep w warunkach jałowych wgaja się dobrze i wkrótce następują w nim zmiany wsteczne, które prowadzą po kilku miesiącach do zupełnego zatarcia budowy sieci i rozwinięcia się tkanki łącznej, dającej bliznę. Sieć jest doskonałym materjałem do pokrywania braków otrzewny. Baczyć należy na jałowość i technikę wszczepienia.

50. Dziembowski Z.: **Przyczynek do sprawy sposobu sączkowania przewodów żółciowych.** Pokaz preparatu pęcherzyka żółciowego zmienionego oraz jego odlewu ze śluzówki, zawierającego kamyki, które wydostały się dwunastnicy przez przetokę między przewodem wspólnym a dwunastnicą. D. wyciął pęcherzyk i zespolił przewód z dwunastnicą, bo należy, stwarzając podobną przetokę (zespolenie), pod tym względem naśladować naturę.

Rozprawy:

Zawadzki A. Nie zespala przewodu wspólnego z dwunastnicą, woli po rewizji tych przewodów i rozszerzeniu przez

brodawkę Vatera założyć do przewodu rurkę gumową, wchodzącą przez brodawkę do dwunastnicy a przewód zaszywa.

Pomper. Pokaz preparatu. Wycięcie częściowe wątroby w przypadku bąblowca. Usunięto cały płat części wątroby zajętej guzami, krwawienie zatamowano przez podwiązanie oddzielnych naczyń, szew wątroby i naszycie siecią. Następowy ropień w górnej części cięcia brzusznego trzeba było otworzyć, poczem operowany wyzdrowiał.

Dr. Zawadzki ma w swojej praktyce 30-letniej do zanotowania tylko jeszcze 3 przypadki i o nich P. zdaje sprawę pokrótce.

51. Cieszyński. O sposobach leczenia złamań szczęki. (Ukaże się obszernie.)

Zamknięcie Zjazdu.

Przewodniczący Zjazdu oznajmia, że w październiku b. r. odbędzie się Zjazd Chirurgów Francuskich; Dr. Zawadzki (Warszawa, Oddział chirurgiczny II. Szpitala Przem. Pańsk.), obiecał pomoc w tym kierunku Kolegom, którzyby pragnęli wziąć udział.

Uczestnicy Zjazdu złożyli wieniec na cmentarzu Obrońców Lwowa, dla uczczenia pamięci Poległych.

Tematów programowych było 3, wykładów 40, rozpraw 98, Uczestników Zjazdu było 89.

W przyszłym roku odbędzie się w Warszawie Zjazd Przyrodników i Lekarzy Polskich. Jedną sekcję tego Zjazdu, chirurgiczną, będą stanowili Chirurdzy Polscy, jako XIII. Zjazd Chirurgów Polskich. Oprócz rozpraw z każdego działu wiedzy przyrodniczej lub ściśle lekarskiej, odbędą się posiedzenia ogólne, na których będą omawiane tematy wspólne n. p. jeden już przyjęty jako taki przez internistów i chirurgów, mianowicie: Kamica żółciowa. W tych sprawach należy odnosić się do Komitetu Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich, lub do Zarządu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Warszawie. *Lenko.*

Sprawy zawodowe.

Przepisy o ogłoszeniach lekarskich, obowiązujące na obszarze Izby Lekarskiej Warszawsko Białostockiej.

Na podstawie art. 26. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wydaje następujące przepisy o ogłoszeniach lekarskich.

1) Ogłoszenie może zawierać tylko imię i nazwisko, stopień naukowy (doktór, dr. medycyny, profesor, docent), aktualne stanowisko szpitalne, specjalność w najogólniejszym określeniu, adres, godziny przyjęć, telefon, oraz wyrazy: wyjechał, powrócił, przeprowadził się, wznowił przyjęcia chorych.

2) Ogłoszenie nie powinno nosić cech reklamy (pierwsza stronica pisma przed tekstem, duże litery, ramki i t. p.)

3) Lekarze nowo-przybyli, lub rozpoczynający praktykę mogą ogłaszać się w ciągu pierwszego roku w trzech pismach po 12 razy, razem 36 razy w odstępach dowolnych. Zawiadomienie o zmianie mieszkania, wyjeździe, powrocie, wznowieniu przyjęć po 4-ro-tygodniowej nieobecności, lub chorobie, mogą być pomieszczone w 3-ch pismach po 3-y razy.

4) Ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i tym podobne podlegają przepisom ogólnym z zastrzeżeniem, aby w ogłoszeniu nie były wymienione nazwiska lekarzy.

5) Niedozwolone jest pomieszczanie nazwisk lekarzy w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych o środkach lekarskich.

6) Od ulicy przy wejściu do domu mogą być umieszczane skromne tabliczki z wymienieniem imienia i nazwiska. Spisy lekarzy, przyjmujących w lecznicach dla przychodnich chorych, nie powinny być wywieszone od ulicy, lecz w bramie, lub u wejścia do lecznicy.

7) Ogłoszenia w pismach lekarskich mogą być pomieszczane na odpowiedzialność redakcji.

8) Ogłaszanie listów dziękczynnych pacjentów do lekarzy jest niedopuszczalne.

9) Przepisy powyższe obowiązują z dniem ogłoszenia.

Pomoc lekarska dla urzędników.

Instytucje rządowe otrzymały okólnik, że w myśl rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 2-go lipca r. b. w organizacji pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych zaszły następujące zmiany.

Państwowa pomoc lekarska przysługuje nadal wszystkim funkcjonarjuszom mianowanym na stałe, prowizorycznym, przeniesionym w stan rozporządzalności, jak również ich członkom rodzin i urzędnikom emerytowanym. Główną nowością zmian jest to, że pomoc lekarska udzielana będzie na podstawie t. zw. karty porady, wydanej przez bezpośrednią władzę służbową funkcjonarjusza za opłatą manipulacyjną w wysokości 50 gr. W wypadkach nagłych pomoc może być udzielana za okazaniem legitymacji.

Lekarstwa będą wydawane nie bezpłatnie, jak praktykowało się dotąd, a za opłatą 25% ich ceny, za leczenie w szpitalach opłata będzie wynosiła 25% taksy szpitalnej. Kuracja w szpitalach może trwać najdłużej pół roku, a członkom rodzin 3 miesiące. W wypadkach nagłych można zawezwać lekarza prywatnego; koszty za pierwszą wizytę według rządowej taksy opłaca Skarb Państwa. Funkcjonarjusze od 10 stopnia płacy wzwyż mają prawo na utrzymanie w szpitalu według kl. II., wszyscy inni — według kl. III. Koszty porodu w mieszkaniu położnicy zwraca się w wysokości 75% kosztów 10-dniowego utrzymania w szpitalu.

List otwarty.

W sprawie polskich wydawnictw lekarskich.

Jednym z braków polskiej wiedzy lekarskiej, dość ściśle związanym z brakiem państwowości polskiej, był częściowy brak oryginalnych wydawnictw lekarskich, zwłaszcza różnych podręczników. Aż do powstania Polski niepodległej lekarze z 3-ch zaborów po większej części kończyli różne uniwersytety z obcym językiem wykładowym (rosyjskim, niemieckim), przyzwyczajali się do podręczników cudzoziemskich i nawet już jako skończeni, doświadczeni lekarze, przeważnie zaglądali w razie potrzeby do obcych źródeł — gdyż w języku ojczystym często ich nawet nie było. Z chwilą jednak uniezależnienia naszego bytu narodowego i państwowego, powstały trzy nowe wydziały lekarskie, nastąpiła też konieczność uniezależnienia zarówno młodzieży uniwersyteckiej od obcych podręczników, jak również dostarczenia lekarzom poważnych prac monograficznych, opracowanych przez polskie siły fachowe. Zadania tego nie podjęto w sposób dość energiczny: nie utworzyła się żadna wielka spółka wydawnicza, ujęta przez lekarzy, nie zorganizowały tej — naszem zdaniem — niezmiernie doniosłej sprawy czynniki najbardziej do tego powołane — ciała profesorskie poszczególnych wszechnic. Były — niewielkie próby firm księgarskich lub studenckich i t. p., ale naogół wszystko to zakrojone na małą skalę, bez rozmachu, niezbędnego w tego rodzaju poczynaniach.

A sprawa jest pierwszorzędnej wagi! Wszak dostarczenie całej uczącej się młodzieży lekarskiej oraz młodym lekarzom podręczników, opartych na polskim materjale z polskich klinik i pracowni, z uwzględnieniem polskiego piśmiennictwa, jest zadaniem par excelence narodowem: nauczy ona młodzież cenienia tego, co polskie, zaznajamiania się z tem, co u nas zrobiono, nad czem pracowano, przyzwyczai ją do wiary w pracę i twórczość polską, a nie do lekceważenia lekarskiej myśli polskiej i uciekania się tylko do obcych źródeł.

Co do tego zgadzamy się chyba wszyscy Niestety, sprawa przedstawia się jednak o wiele trudniej, gdy idzie o wcielenie jej w czyn. Wina leży po części po stronie lekarza i studenta, po części może i po stronie nakładcy. Co do kupujących, faktem jest niezbitym, że polska książka lekarska rozchodzi się w niesłychanie nieraz śmiesznie małej liczbie egzemplarzy. Jako inicjator i redaktor »Wydawnictw Lekarskich Książnicy — Atlasu« jednej z najpoważniejszych firm wydawniczych u nas w kraju, stwierdzić muszę z wielkim smutkiem, że pomimo przeszło 5.000 lekarzy i około 3.000 studentów wydziałów lekarskich, zaledwie 5–10% tej wielkiej rzeszy korzysta z polskich książek lekarskich. A zdawać by się mogło, że przynajmniej 1/5 część ogólnej liczby lekarzy kupi każdą polską książkę z zakresu medycyny, choćby nie była związana z jego specjalnością, już jeśli nie z obowiązku obywatelskiego poparcia wiedzy polskiej, to poprostu dla uzupełnienia bibljoteki, zwłaszcza dla lekarza na prowincji, gdzie zawsze z każdej książki może odnieść korzyść. Stanowiłoby to przynajmniej 1000–2000 sprzedanych egzemplarzy każdego dzieła lekarskiego. Tymczasowo znam bardzo poważne wydawnictwa, które w przeciągu paru lat rozeszły się zaledwie w 200—300 egzemplarzach, a nawet mniej, przynosząc wydawcom dotkliwe straty i zniechęcając do wydawania na przyszłość książek lekarskich.

Słyszy się nieraz, że nasze wydawnictwa są drogie, dużo droższe od obcych, a zwłaszcza od tak u nas obecnie popularnych książek francuskich. Niewątpliwie wiele w tem prawdy — ale książka francuska rozchodzi się przynajmniej w kilku tysiącach egzemplarzy, przynosi dochód autorowi i księgarzowi i w ten sposób zachęca do ulepszeń i do dalszych wydań. A nasza książka lekarska? Wydrukowanie w niewielkiej liczbie egzemplarzy, (n. p. w tysiącu) szalenie podnosi cenę sprzedażną, podczas gdy każdy następny tysiąc tę cenę obniża bodaj o połowę; jednak w większej liczbie egzemplarzy nie warto jej drukować, ponieważ i tak sprzedaje się jak wspomniano powyżej, tak niewiele egzemplarzy, że lata przechodzą, zanim nakładca choć w części odbije sobie włożony kapitał, w który wchodzą nietylko koszty druku, ale i opłata całego honorarjum autorskiego zgóry za cały nakład, jak to jest dziś u nas w zwyczaju.

W ten sposób istotnie książka nasza jest niekiedy (ale bynajmniej nie zawsze!) droższa od książki francuskiej ale do tego przyczynia się tylko sam czytelnik polski, przedewszystkiem lekarz, nietroszcząc się zupełnie o polską książkę lekarską. A jednak każdy lekarz, zwłaszcza na pewnem już stanowisku i cokolwiek mniej zależny materjalnie, powinien z obowiązku narodowego i obywatelskiego kupować każdą polską książkę lekarską, bez względu na to, czy mu jest ona bezpośrednio potrzebna, czy nie. Przy bardzo niewielkiej

liczbie naszych wydawnictw lekarskich stanowić to może kilkadziesiąt złotych rocznie — suma wcale nie zastraszająca! Tylko w ten sposób uda się podtrzymać usiłowania poszczególnych firm wydawniczych, które wciąż jeszcze czynią próby, połączone niekiedy z dużym wysiłkiem finansowym. Skoro się jednak dostatecznie zawiodą i przestaną drukować, medycyna polska, kultura i myśl polska poniosą wielką szkodę. Strzeżmy się więc i czyńmy wszystko co możliwe, aby do tego nie dopuścić.

Dr. med. *Stefan Sterling-Okuniewski.*
Docent Uniwersytetu Warszawskiego.

Od Administracji.

Administracja Polskiej Gazety lekarskiej uprzejmie uprasza o skierowywanie wszelkich pism i korespondencyj, odnoszących się do Administracji, ***wprost pod jej adresem*** *(Lwów, Księgarnia Gubrynowicz i Syn ul. Rutowskiego 9), a nie do Redakcyj miejscowych.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Rozwój Szpitala O. O. Bonifratrów w Krakowie. Z dniem 15 lipca 1924 r. rozszerzono znaną dobroczynną działalność Szpitala O. O. Bonifratrów, przez otworzenie oddziału chorób uszu, nosa i gardła. Oddział ten rozporządza na razie 12 łóżkami oraz pokojem do badań, urządzonym według najnowszych zasad higjeny i techniki leczniczej. Kierownictwo oddziału powierzono Drowi W. Świerzowi, b. I. asystentowi Kliniki Otologicznej U. J. Chorych niezamożnych przyjmuje się bezpłatnie codziennie od 10—11 rano.

Lwów.

Ministerstwo W. R. i O. P. zatwierdziło uchwałę Rady Wydziału lekarskiego, udzielająca dr. Włodzimierzowi Koskowskiemu, współredaktorowi naszego pisma, veniam legendi z farmakologji eksperymentalnej.

Ministerstwo W. R. i O. P. zatwierdziło uchwałę Rady profesorów Akademji medycyny weterynaryjnej, udzielającej dr. Juljanowi Bantowi veniam legendi z anatomji zwierząt domowych.

Warszawa.

Zarząd Izby Warszawsko-Białostockiej prosi lekarzy, zamieszkałych w obrębie Izby, o wpłacanie składek członkowskich za rok bieżący za pośrednictwem P. K. O. na conto 6865, albo bezpośrednio do kasy Izby — Niecała 7.

Ze świata.

Związek Kas chorych całych Niemiec odbył doroczne zebranie w pierwszej połowie września b. r. Na posiedzeniu zajmowano się między innemi oczywiście także zagadnieniami, dotyczącemi lekarzy. Referent Ministerstwa pracy podniósł konieczność zgodnej współpracy między lekarzami a Kasami chorych i wezwał Kasy do zgody. Jeden z przedstawicieli ministerstwa oświadczył, że Kasy nie są zobowiązane wprowadzać do Kas więcej lekarzy, niż tego wymaga dobro chorych, a pod tym względem, zdaniem jego, Kasy chorych w Niemczech doszły już do granic ostatecznych. Również wysokość wynagrodzeń lekarskich musi być w stałym stosunku do innych wydatków kasowych. Co się tyczy zużywania środków lekarskich, mają wyjść specjalne wskazówki. Z przemówień przedstawiciela rządu i Kas nie ma się wrażenia, jak podnoszą pisma lekarskie niemieckie, że między lekarzami a Kasami chorych w Niemczech nastaną zgodne i pokojowe stosunki.

Z powodu przekroczenia lat 65 w Niemczech, na mocy nowoobowiązującego rozporządzenia szereg profesorów musiało opuścić swoje placówki. Pomiędzy nimi znajdują się Eug. Fränkel, anatomo-patolog w Hamburgu, okulista Vossius, również także prof. Strümpell opuścić musiał katedrę, ustępując miejsca prof. Schittenhelm'owi z Halle.

Prof. chemji w uniwersytecie monachijskim, Richard Willstätter, który otrzymał nagrodę Nobla w r. 1915, podziękował za zajmowane stanowisko, motywując ustąpienie swoje antysemickim nastrojem, jaki obecnie wszechwładnie panuje w Monachjum.

Akademja nauk w Bolonji przyznała nagrodę międzynarodową z zakresu fizjologji prof. Loevi (Graz) za znaną pracę o unerwieniu serca.

Celem walki z chorobami wenerycznemi we Włoszech prof. Ettore Levi utworzył specjalną ligę.

Hebrajskie pismo lekarskie dwumiesięczne zaczęło wychodzić w Jerozolimie p. t. »Harfnah«. Wydawcą pisma jest organizacja palestyńska lekarzy żydowskich. Redaktorem jest Prof. dr. Dolshanski w Jerozolimie.

Zjazd lekarzy esperantystów w Wiedniu odbył się w dniach od 8—12 sierpnia b. r. Na Zjeździe, w którym było reprezentowanych 9 narodowości, prezydent wiedeńskiej Izby lekarskiej Dr. Thennen osobiście powitał Zjazd imieniem lekarzy wiedeńskich, a nadto austrjacki minister oświaty oraz szef sekcji zdrowia w ministerstwie dla spraw społecznych przysłali serdeczne pisma powitalne. Obrady i dyskusje toczyły się wyłącznie w języku esperanckim. Odbyły się 4 następujące wykłady: 1) Austerlitz (Czechosłowacja): O brakach w naukowem wykształceniu lekarzy. 2) Blassberg (Polska): Prosty sposób oznaczania cukru we krwi przy leczeniu insuliną. 3) Primmer (Szkocja): O leczniczem działaniu podskórnych zastrzykiwań ludzkiej surowicy. 4) Sos (Austrja): O przewlekłym ropotoku ozębnej (Pyorrhoea). Ze zjazdem było połączone zwiedzanie miejskiego szpitala w Lainz, wielkiego przytułku miejskiego w Lainz i Zakładu dla obłąkanych w Steinhofie, gdzie zwiedzających osobiście oprowadzali i objaśniali kierownicy powyższych zakładów.

Znaczenie wycinania migdałków u dzieci, jako ochrony przeciw zakażeniu, w szczególności zarazkiem błonicy i płonicy, nie jest jeszcze ogólnie ustalone i uznane. Nie bez pewnego znaczenia więc jest statystyka, podana przez higienistę Johns Hopkins Uniwersytetu w Baltimore, J. A. Doull'a, obejmująca 5659 dzieci, spostrzeganych przez przeciąg 2 lat. Na 224 dzieci, zapadłych na błonicę, było tylko 2 dzieci z wyciętemi migdałkami, podczas gdy, według tamtejszych statystyk, winno być na liczbę 224 dzieci, 26 bez migdałków. Liczby te wskazują na korzyść wycinania migdałków odnośnie do zakażenia błonicą. Również korzystnem, ale w mniejszym stopniu, jest wycinanie migdałków ze względu na zakażenie płonicą.

Nagminne zapalenie mózgu w Japonji wystąpiło, jak donoszą, masowo. Miało zachorować przeszło 2500 osób, z czego zmarło 900.

Dżuma w Egipcie. W r. 1923 zarejestrowano 1519 przypadków dżumy, z której to ilości zmarło 725 chorych.

W sprawie księgosuszu. Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa mikrobiologicznego w dniu 27 kwietnia b. r. prof. Frosch i dr. Wahmen wygłosili wyniki badań swoich nad księgosuszem, którego sprawcę autorowie wyodrębnili pod postacią laseczki i wyhodowali na płynnych i stałych pożywkach. Zakażenie zwierząt wspomnianą laseczką powoduje typową chorobę, uznaną za księgosusz.

Szwajcarskie towarzystwo do walki z chorobami wenerycznemi ogłasza wyniki ostatniej ankiety, przeprowadzonej w roku minionym pod kierownictwem prof. Jägera. Lekarze za wypełnienie arkusza ankiety otrzymywali wynagrodzenie po 50 cent. Z ogólnej liczby lekarzy 75% dało odpowiedź, z pośród specjalistów 95%. Ogólna ilość zasłabnięć na choroby weneryczne wynosiła 15.607, a więc 40 przypadków na 10.000 ludności. Na rzeżączkę przypada 57,8%, na kiłę 41,6%, na wrzód miękki 0,6%. Mężczyźni chorowali w 68%, kobiety — 32% przypadków na ogólną ilość zasłabnięć. Blizko połowa wszystkich zasłabnięć przypada pomiędzy 20—29 lat życia, $^3/_4$ przypadków na wiek 30—39.

Statystyka lekarzy Południowych Stanów Zjednoczonych Ameryki podaje, że jeden lekarz przypada na 724 ludzi.

Oficjalna statystyka ludności Francji z r. 1923 ogłasza ciekawe cyfry porównawcze z r. 1913. Ogólna ilość ludności we Francji wynosi 39,209.518 ludzi (w r. 1913 — 41,476.272); ilość narodzin — 761.861 (w r. 1913 — 790. 355); ilość zgonów — 666.990 (w r. 1913 — 731.441); ilość zawartych ślubów — 356.501 (w 1913 — 312.036).

W sprawie używania trujących gazów i drobnoustrojów w przyszłej wojnie wybrała, jak wiadomo, Liga Narodów komisję, którаby rozpatrzyła wszelkie możliwości związane z użyciem gazów w przyszłej wojnie. Członek tej komisji, wrocławski higjenista Pfeiffer, wypowiedział zdanie na podstawie prac komisji, że użycie gazów trujących w przyszłej wojnie będzie rozległe i skierowane będzie głównie przeciw ludności cywilnej. Natomiast użycie drobnoustrojów chorobotwórczych będzie niemal bez znaczenia.

Alkoholowe napoje w Stanach Zjednoczonych w r. 1922/23 wydano na podstawie recept lekarskich w 11,268.469 przypadkach, z tego w samym Nowym Yorku w 3,638.751 razach.

Zmarli: Sir William Bayliss, znakomity fizjolog angielski, profesor ogólnej fizjologji, w Londynie. Prace jego, wykonywane w znacznej części ze Starlingiem, dotyczyły przedewszystkiem unerwienia serca, przewodu pokarmowego i naczyń.

Emmo Schlesinger, zasłużony specjalista chorób przewodu pokarmowego i wybitny rentgenolog, zmarł w Berlinie.

R. W. Lörett, profesor chirurgji ortopedycznej w uniwersytecie Harwarda, zmarł w Liwerpolu.

August Ewald, ogólnie znany fizjolog, zmarł w 75 r. życia w Heidelbergu.

Sprostowanie.

W art. Dr. Kramera (Nr. 35 z 1924) ma być: »dziecko żywe w postawie II« (nie zaś: »w położeniu II.«).

Ogłoszenie.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się do wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich, tak naukowych, jak społecznych z prośbą o przysłanie pod adresem lwowskiej redakcji (ul. Piekarska 52) następujących dat statystycznych:

1) rok założenia Towarzystwa,

2) osoby założycieli,

3) majątek Towarzystwa (domy, zbiory, bibljoteki, fundacje naukowe lub dobroczynne, lecznice etc),

4) czy Towarzystwo było czynne nieprzerwanie w czasie ucisku zaborców i wielkiej wojny,

5) obecna ilość członków Towarzystwa,

6) skład Zarządu i adres Towarzystwa.

Wiadomości te będą w odpowiedni sposób zużytkowane w P. Gazecie Lekarskiej i przyczynią się do ożywienia ruchu między Towarzystwami oraz do ułatwienia wspólnych wystąpień w kraju i zagranicą. Termin ostateczny nadsyłania odpowiedzi: 1. listopada 1924.

L. 14562.

KONKURS.

W Urzędzie Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę wakuje posada pedjatry pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych z uposażeniem w/g VII st. sł. plus bilet tramwajowy bezpłatny.

Podanie wraz z życiorysem i odpisem zaświadczenia na prawo wykonywania praktyki lekarskiej można składać w ciągu 2-ch tygodni od dni ogłoszenia konkursu w Urzędzie Zdrowia Publicznego Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę (Ratusz, pokój 55).

Za Komisarza Rządu
Dyrektor.